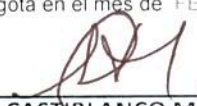


INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				SHIRLEY BIBIANA MESA RUBIO											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO				52484619				
CORREO ELECTRONICO:				sisimy79@hotmail.com				CELULAR:				3202077735			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								CAPS ZONA FRANCA (F008)							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				GESTIÓN CLÍNICA AMBULATORIA (CAPS ZONA FRANCA)F008				SEDE:				Fontibon			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		M06	100												
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:				AHORROS			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				475000067680				PENSIONADO				No			
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				3167-2019				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				1			
NÚMERO DE CDP		165		FECHA		2019-01-17		NÚMERO DE CRP		14805		FECHA		31/01/19	
OBJETO DEL CONTRATO:				PRESTAR SERVICIOS COMO FISIOTERAPEUTA ,Dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBÓN, de acuerdo a las necesidades de la Institución.											
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO		
						1	2	2019			28	2	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2.762.658											
TIPO DE SERVICIOS				ASISTENCIAL				RESERVA DE GLOSA 2%							
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:										\$8.287.974					
VALOR EJECUTADO										\$2.762.658					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA										\$2.762.658					
VALOR A LIBERAR										\$0					
SALDO POR EJECUTAR										\$5.525.316					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN										33%					
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:															
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> 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									
1018032201	\$1.105.063,20	\$138.133	\$176.810	3	\$26.919	\$341.862									
Dado en Bogotá en el mes de FEBRERO del año (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,															
 LILIANA CASTIBLANCO MOSOS NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:							 SHIRLEY BIBIANA MESA RUBIO NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA								

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión 2
Fecha de aprobación 31/03/2017
Código 04-02-FO-0002



Ubicación del Servicio:	ZONA FRANCA	Sede:	USS FONTIBON
No. DE CONTRATO:	3167-2019	Periodo certificado desde el	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SHIRLEY BIBIANA MESA RUBIO	C. C.	52484619 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 FISIOTERAPEUTA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI SI NO NO Servicios SI X NO NO

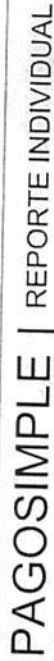
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Evaluar, diagnosticar y brindar tratamientos de rehabilitación a niños y adultos con disfuncionalidades físicas e identificar los riesgos que se generan como consecuencia de factores ambientales, neuropsicológicos, organo funcionales o geneticos	si	Se valoraron pacientes tanto adultos como niños, en consulta externa y en camil donde se diagnosticaron alteraciones musculoesqueleticas, osteomusculares y neuromusculares según el caso particular de cada paciente	Se cumplio con la atención de la agenda del mes programada durante todo el mes.
Detectar de manera temprana las personas con alteraciones temporales o permanentes susceptibles de atencion en rehabilitacion, con el fin de brindar una atencion oportuna tendiente a evitar secuelas o la instauracion de discapacidades.	si	Al realizar las valoracion del mes de mayo hallé alteraciones temporales y/o permanentes susceptibles de atencion en rehabilitacion, brindando la atencion oportuna para evitar secuelas de discapacidades.	Se cumpliocon evaluar, orientar y dar recomendaciones Fisioterapeuticas a los pacientes que lo requirieron.
Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la historia clinica dando cumplimiento a la resolución 1995 de 1999	si	Ejecuté de manera completa y legible la historia clinica deacuerdo a la normatividad.	Se cumplio con la ejecución completa de la Historia Clinica de los pacientes atendidos en el mes
Realizar informe de gestión mensual y hacer entrega oportuna de los mismos a la respectiva área.	si	Se llevo a cabalidad con los informes mensuales y se proporcionaron oportunamente a apoyo diagnostico y terapeutico	Se realizo informe mensual correspondiente al mes
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.	si	Se gestiona referencia y contrarreferencia tanto interna como externa según sea el caso de cada paciente dando cumplimiento a la estrategia de las redes según las normas vigentes	Se realizo de forma oportuna las referencias y contrarreferencias e n los casos que fueron pertinentes.
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la institución	si	Se llevo a cabo el cumplimiento con las normas, procedimientos, manuales y guias establecidos por la institución	Al realizar las valoraciones de los pacientes correspondientes del mes de Julio se cumplio con la oportunidad de las guias según patologia
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, organo funcionales o geneticos	si	Se explico a los usuarios de manera adecuada el consentimiento informado y plan casero deacuerdo a su patologia	Se cumplio explicando al usurio el consentimiento informado y haciendo entrega al plan casero, dependiendo la patologia.
Todas las demas actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato	si	se atendieron de manera integral a los paciente de terapia fisica a nivel de consulta externa y en hospitalizacion en camil.	Se cumplio realizando atención al usuario de manera integral pacientes de Terapia Fisica
Alimentar constantemente todos los sistemas de información que estan a su cargo y mantenerlos al dia	si	Realizacion diaria y permanente de los sistemas de información como planillas de desinfeccion, planilla de temperatura, alistamento y mantenimiento de papeleria de mas funciones correspondientes	S e cumplio diligenciando diariamente planillas de desinfeccion, planilla de temperatura, alistamento y mantenimiento de papeleria de mas funciones correspondientes
Demás actividades concernientes con el cargo	si	Asistencia a la reunion de programada mensual con la coordinacion de Apoyo Diagnostico y Terapeutico.	Se cumplio ya que se asistio a reuniones programadas durante el mes.
Participar activa y proactivamente en todas las actividades programadas por la institucion en el proceso de acreditacion para el mejoramiento continuo de la entidad	si	Asistencia completa a las reuniones de Acreditacion y ULGS programadas por la institucion para dar cumplimiento al mejoramiento continuo de la institucion	Participe activamente en las reuniones programadas por la coordinacion del servicio

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR \$2.762.658

<p>Shirley Bibiana Mesa Rubio</p> <p>CC 52484619</p> <p>NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>	<p>Fecha dd/mm/aaaa Firma de recibido</p> <p>Supervisor</p>
--	---

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor



Referencia pago(PIN) 8894803000

Periodo científico

Periodo Servicio 201901

PAGADA 2019-02-08

Razón Social	SHIRLEY BIBIANA MESA RUBIO			
Documento	CC 52484619			
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			
Tipo Persona	NATURAL			
Ciudad	BOGOTA D.C.			
Representante Legal				
	Dirección	CLL 38 A SUR 72 K 17		
	Teléfono	3202077735		
	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
	Departamento	BOGOTA D.C.		
	Identificación			
II. DATOS DEL AFILIADO				

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52484619		Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres		Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Colizante	59	00				MESA RUBIO SHIRLEY BIBIANA				
BOGOTA D.C.										

II. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

[illegible]

ITEM	UNID.	QTD.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
1	1	1	1	1
2	2	2	2	2
3	3	3	3	3
4	4	4	4	4
5	5	5	5	5
6	6	6	6	6
7	7	7	7	7
8	8	8	8	8
9	9	9	9	9
10	10	10	10	10
11	11	11	11	11
12	12	12	12	12
13	13	13	13	13
14	14	14	14	14
15	15	15	15	15
16	16	16	16	16
17	17	17	17	17
18	18	18	18	18
19	19	19	19	19
20	20	20	20	20
21	21	21	21	21
22	22	22	22	22
23	23	23	23	23
24	24	24	24	24
25	25	25	25	25
26	26	26	26	26
27	27	27	27	27
28	28	28	28	28
29	29	29	29	29
30	30	30	30	30
31	31	31	31	31
32	32	32	32	32
33	33	33	33	33
34	34	34	34	34
35	35	35	35	35
36	36	36	36	36
37	37	37	37	37
38	38	38	38	38
39	39	39	39	39
40	40	40	40	40
41	41	41	41	41
42	42	42	42	42
43	43	43	43	43
44	44	44	44	44
45	45	45	45	45
46	46	46	46	46
47	47	47	47	47
48	48	48	48	48
49	49	49	49	49
50	50	50	50	50
51	51	51	51	51
52	52	52	52	52
53	53	53	53	53
54	54	54	54	54
55	55	55	55	55
56	56	56	56	56
57	57	57	57	57
58	58	58	58	58
59	59	59	59	59
60	60	60	60	60
61	61	61	61	61
62	62	62	62	62
63	63	63	63	63
64	64	64	64	64
65	65	65	65	65
66	66	66	66	66
67	67	67	67	67
68	68	68	68	68
69	69	69	69	69
70	70	70	70	70
71	71	71	71	71
72	72	72	72	72
73	73	73	73	73
74	74	74	74	74
75	75	75	75	75
76	76	76	76	76
77	77	77	77	77
78	78	78	78	78
79	79	79	79	79
80	80	80	80	80
81	81	81	81	81
82	82	82	82	82
83	83	83	83	83
84	84	84	84	84
85	85	85	85	85
86	86	86	86	86
87	87	87	87	

[illegible]