

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA	Versión	3	
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

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 CLINICA 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		2	
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	3	2019		31	3	2019

VALOR HONORARIOS MENSUALES:	\$2.881.482	
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	\$5.644.140
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2.881.482
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$2.643.834
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	68%

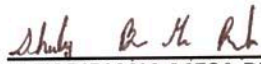
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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 **\$2.070.290**, 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
1019297827	\$1.106.000,00	\$138.250	\$176.960	\$3	\$26.942	\$342.152

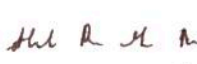
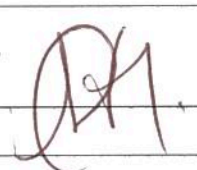
Dado en Bogotá en el mes de MARZO del año (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,


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	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	3	2.019		31	3	2.019
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 ☐ Servicios SI ☒ 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, neuropsicologicos, 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 cumplio con evaluar, orientar y dar recomendaciones Fisioterapeutas 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 de acuerdo 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, neuropsicologicos, organo funcionales o geneticos		si	Se explico a los usuarios de manera adecuada el consentimiento informado y plan casero de acuerdo a su patologia				Se cumplio explicando al usuario 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 día		si	Realizacion diaria y permanente de los sistemas de informacion como planillas de desinfeccion, planilla de temperatura, alistamento y mantenimiento de papeleria de mas funciones correspondientes				Se cumplio diligenciando diariamente planillas de desinfeccion, planilla de temperatura, alistamento y mantenimiento de papeleria de mas funciones correspondientes		
Demas actividades concnientes 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 ULC 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 :\$2.881.482									
 Shirley Bibiana Mesa Rubio CC 52484619 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:		Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: 							
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.									



1

Periodo Servicio 2010002

I. DATOS DEL APORTANTE

III. DATOS DEL AFILIADO

III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS:

V.TOTALES

