

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:		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		11					
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA							
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	12	2019			31	12	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:								\$30.389.238 ✓					
VALOR EJECUTADO								\$30.389.238					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$2.762.658 ✓					
VALOR A LIBERAR								\$0					
SALDO POR EJECUTAR								\$0					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								100%					
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					
1025434495	\$1.105.063,20	\$138.133		\$176.810		\$3	\$26.919	\$341.862					
Dado en Bogotá en el mes de Diciembre 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															
				<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>a</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>12</td> <td>2.019</td> <td></td> <td>31</td> <td>12</td> <td>2.019</td> </tr> </table>		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	1	12	2.019		31	12	2.019
Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año													
1	12	2.019		31	12	2.019													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		SHIRLEY BIBIANA MESA RUBIO		C. C. 52484619 DE BOGOTA															
<p>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</p>																			
<p>El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☐ NO ☒ Servicios SI ☒ NO ☐</p>																			
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, órgano funcionales o genéticos		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 atención en rehabilitación, con el fin de brindar una atención oportuna tendiente a evitar secuelas o la instauración de discapacidades.		si	Al realizar las valoración del mes de mayo hallé alteraciones temporales y/o permanentes susceptibles de atención en rehabilitación, brindando la atención oportuna para evitar secuelas de discapacidades.	Se cumplieron evaluar, orientar y dar recomendaciones Fisioterapeúticas a los pacientes que lo requirieron.															
Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la historia clínica dando cumplimiento a la resolución 1995 de 1999		si	Ejecuté de manera completa y legible la historia clínica de acuerdo a la normatividad.	Se cumplio con la ejecución completa de la Historia Clínica 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 en 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 guías establecidos por la institución	Al realizar las valoraciones de los pacientes correspondientes del mes de Julio se cumplio con la oportunidad de las guías según patología.															
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, órgano funcionales o genéticos		si	Se explico a los usuarios de manera adecuada el consentimiento informado y plan casero de acuerdo a su patología	Se cumplio explicando al usuario el consentimiento informado y haciendo entrega al plan casero, dependiendo la patología.															
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 física a nivel de consulta externa y en hospitalización en camil.	Se cumplio realizando atención al usuario de manera integral pacientes de Terapia Física.															
Alimentar constantemente todos los sistemas de información que estan a su cargo y mantenerlos al día		si	Realización diaria y permanente de los sistemas de información como planillas de desinfección, planilla de temperatura, alistamiento y mantenimiento de papelería de mas funciones correspondientes	Se cumplio diligenciando diariamente planillas de desinfección, planilla de temperatura, alistamiento y mantenimiento de papelería de mas funciones correspondientes.															
Demas actividades concernientes con el cargo		si	Asistencia a la reunión de programada mensual con la coordinación 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 institución en el proceso de acreditación para el mejoramiento continuo de la entidad		si	Asistencia completa a las reuniones de Acreditación y ULC programadas por la institución para dar cumplimiento al mejoramiento continuo de la institución	Participe activamente en las reuniones programadas por la coordinación del servicio															
OBSERVACIONES:																			
TOTAL A PAGAR :\$2.762.658																			
 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: <u>SHIRLEY BIBIANA MESA RUBIO CC 52484619</u>		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.



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte

2019-12-06, 07:48:40 AM

Tipo Planilla

Número Planilla 1025434495

Referencia pago(PIN) 8803891060

Periodo Cotización

201911

Periodo Servicio

201911

Cliente:

PAGADA 2019-12-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SHIRLEY BIBIANA MESA RUBIO		
Documento	CC 52484619	Dirección	CL 38A SUR #72 K - 17
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	4038286
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal	Identificación		

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	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades				Pensión				Salud				Riesgos				Caja				Parafiscales												
				S. Integral																												
ING	RET	TDE	TMP	VSP	CD	VST	CD	AFP	Tarifa AFP	IBC AFP	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Código EPS	Código Trasl. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPIC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	
									16 %	\$ 1.105.063	\$ 116.900	\$ 0	\$ 0			12,5 %	\$ 1.105.063	\$ 138.200	\$ 0	14-11	3	2-436 %	\$ 1.105.063	\$ 27.000	CCF24	2	\$ 1.105.063	\$ 22.200	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0
									231001																							

IV. TOTALES