

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

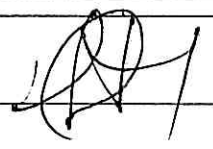
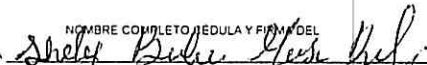


INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		SHIRLEY BIBIANA MESA RUBIO											
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E	NO.		52484619						
CORREO ELECTRONICO:		sisimy79@hotmail.com				CELULAR:		3202077735					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						CAPS ZONA FRANCA (F008)							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		GESTIÓN 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		10					
NÚMERO DE CDP		1495	FECHA		2019-10-29	NÚMERO DE CRP		49175	FECHA		31/10/19		
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	11	2019			30	11	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:										\$27.626.580			
VALOR EJECUTADO										\$27.626.580			
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							
1024544708	\$1.105.063,20	\$138.133	\$176.810	\$3	\$26.919	\$341.862							
Dado en Bogotá en el mes de NOVIEMBRE 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		11		2.019				30		11		2.019	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		SHIRLEY BIBIANA MESA RUBIO		C. C.		52484619		DE		BOGOTÁ									
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, neuropsicológicos, órgano funcionales o genéticos				si		Se valoraron pacientes tanto adultos como niños, en consulta externa y en camil donde se diagnosticaron alteraciones musculoesqueléticas, osteomusculares y neuromusculares según el caso particular de cada paciente						Se cumplio con la atención de la agenda del mes programaada 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 cumpliocon evaluar, orientar y dar recomendaciones Fisioterapeutas 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 deacuerdo a la normalidad.						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 diagnóstico y terapéutico						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 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 deacuerdo 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, alistamento y mantenimiento de papelería de mas funciones correspondientes						Se e cumplio diligenciando diariamente planillas de desinfección, planilla de temperatura, alistamento 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						Participo activamente en las reuniones program,adas por la coordinación del servicio							
OBSERVACIONES:																			
TOTAL A PAGAR :\$2.762.658																			
CONTRATISTA				Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: 															
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL																			
																			

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 2019-11-18, 09:41:15 AM Tipo Planilla I Número Planilla 1024544708 Referencia pago(PIN) 8803891060
Período Cotización 201910 Período Servicio 201910

Ciente:

PAGADA 2019-11-18

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SHIRLEY BIBIANA MESA RUBIO			Dirección	CL 38A SUR #72 K - 17	
Documento	CC 52484619			Teléfono	4038286	
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	ÚNICO	
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	BOGOTA D.C.	
Ciudad	BOGOTA D.C.			Total Afiliados	1	
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 Cotizante	59 00					MESA RUBIO SHIRLEY BIBIANA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novidades										Pensión				Salud				Riesgos				Caja				Parafiscales			
Salario										Integral				Complemento															

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 176.900	\$ 0	\$ 0	\$ 138.200	\$ 27.000	\$ 22.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 364.300