

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

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                 |                 |     |                 |                             |                 |     |                 |                 |                 |            |                 |   |  |
|---------------------------------------------|-----------------|-----|-----------------|-----------------------------|-----------------|-----|-----------------|-----------------|-----------------|------------|-----------------|---|--|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                     |                 |     |                 | GERALDINE FARFAN PALACIOS   |                 |     |                 |                 |                 |            |                 |   |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          |                 |     |                 | C.C                         | X               | C.E | NO.             |                 | 1016071258      |            |                 |   |  |
| CORREO ELECTRONICO:                         |                 |     |                 | geraldinefarfan24@gmail.com |                 |     |                 | CELULAR:        |                 | 3057726161 |                 |   |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |                 |     |                 | USS FONTIBON                |                 |     |                 |                 |                 |            |                 |   |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     |                 |     |                 | SALA ERA                    |                 |     |                 | SEDE:           |                 | Fontibon   |                 |   |  |
| CENTRO DE COSTOS:                           | Centro de costo | %   | Centro de costo | %                           | Centro de costo | %   | Centro de costo | %               | Centro de costo | %          | Centro de costo | % |  |
|                                             | FO02M09         | 100 |                 |                             |                 |     |                 |                 |                 |            |                 |   |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                         |                 |     |                 | BANCOLOMBIA                 |                 |     |                 | TIPO DE CUENTA: |                 | Ahorros    |                 |   |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                   |                 |     |                 | 91205656001                 |                 |     |                 | PENSIONADO      |                 | No         |                 |   |  |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |            |  |                          |  |       |  |        |  |            |  |     |  |      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------|--|--------------------------|--|-------|--|--------|--|------------|--|-----|--|------|--|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                                                                                                                               |  |      |  | 5858-2020                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |            |  | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |  |       |  | 2 DE 2 |  |            |  |     |  |      |  |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                |  | 1052 |  | FECHA                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 2020/07/22 |  | NÚMERO DE CRP            |  | 33713 |  | FECHA  |  | 26/08/2020 |  |     |  |      |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |  |      |  | Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de rehabilitación dentro de los diferentes de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. |  |            |  |                          |  |       |  |        |  |            |  |     |  |      |  |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |  |      |  | DESDE                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | DIA        |  | MES                      |  | AÑO   |  | HASTA  |  | DIA        |  | MES |  | AÑO  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 1          |  | 9                        |  | 2020  |  |        |  | 30         |  | 9   |  | 2020 |  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |  |      |  | \$30.000                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |            |  |                          |  |       |  |        |  |            |  |     |  |      |  |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |  |      |  | Asistencial                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |            |  | RESERVA DE GLOSA 0%      |  |       |  |        |  |            |  |     |  |      |  |
| 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. |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |            |  |                          |  |       |  |        |  |            |  |     |  |      |  |
| TOTAL DE HORAS MES DE SEPTIEMBRE DE 2020 TOTAL DE HORAS 180 VALOR TOTAL \$5,400,000                                                                                                                                                                          |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |            |  |                          |  |       |  |        |  |            |  |     |  |      |  |
| TOTAL DE HORAS AGOSTO 36 HORAS VALOR TOTAL DE \$1,080,000                                                                                                                                                                                                    |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |            |  |                          |  |       |  |        |  |            |  |     |  |      |  |

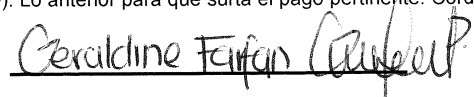
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO       |             |
|-----------------------------------------|-------------|
| CONCEPTO                                | VALORES     |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | \$6.696.000 |
| VALOR EJECUTADO                         | \$6.480.000 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            | \$5.400.000 |
| VALOR A LIBERAR                         | \$0         |
| SALDO POR EJECUTAR                      | \$216.000   |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                 | 97%         |

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 \$2.194.508 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD<br>12.5% IBC | APORTE PENSION<br>16% IBC | NIVEL<br>ARL | APORTE<br>ARL | TOTAL APORTES |
|--------------------|-------------------|-----------------------------|---------------------------|--------------|---------------|---------------|
| 1032724911         | \$877.803         | \$109.725                   | \$140.448                 | 3            | \$21.400      | \$271.574     |

Dado en Bogotá a los (xx) días del mes de SEPTIEMBRE del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

|                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>RODOLFO DUARTE CELY</b><br>NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR: | <br><b>GERALDINE FARFAN PALACIOS</b><br>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: TERAPIA FISICA Sede: USS FONTIBON  
No. DE CONTRATO: 5858-2020 Periodo certificado desde el  
Día Mes Año a Día Mes Año  
1 9 2.020 30 9 2.020  
C. C. 1016071258 DE BOGOTÁ

NOMBRE DEL CONTRATISTA: GERALDINE FARFAN PALACIOS

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de rehabilitación dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

| El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                           |            | Servicios SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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, órganos funcionales o genéticos | si         | Toma de muestra de gases arteriales, procesados muestra de gases materiales en la máquina, los subimos a los resultados al sistema, pasamos la información a unas Estadísticas, pruebas de Covid 19                   | Toma de muestra de gases arteriales, procesados muestra de gases materiales en la máquina, los subimos a los resultados al sistema, pasamos la información a unas Estadísticas, pruebas de Covid 19 |
| 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         | 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 cumplió con la atención de la agenda del mes programada durante todo el mes.                                                                                                                     |
| 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 cumplió 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 realizó 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 realizó 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                                                                                                                                      |
| 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 | si         | Se explico a los usuarios de manera adecuada el consentimiento informado y plan casero de acuerdo a su patología                                                                                                      | Se cumplió explicando al usuario el consentimiento informado y haciendo entrega al plan casero, dependiendo la patología.                                                                           |
| Todas las demás 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 cumplió realizando atención al usuario de manera integral pacientes de Terapia Física.                                                                                                           |
| Alimentar constantemente todos los sistemas de información que están 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 cumplió diligenciando diariamente planillas de desinfección, planilla de temperatura, alistamiento y mantenimiento de papelería de mas funciones correspondientes                                |
| Demás actividades concernientes con el cargo                                                                                                                                                                                                           | si         | Asistencia a la reunión de programada mensual con la coordinación de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.                                                                                                                 | Se cumplió ya que se asistió 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 programadas por la coordinación del servicio                                                                                                                 |

TOTAL A PAGAR : \$5,400,000 (CINCO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ML)

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Geraldine Farfan Palacios CC-1016-091-258  
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.

Instructivo de Diligenciamiento

Ubicación del Servicio: Diligencie el área o servicio donde presta los servicios  
Sede: Diligencie la sede donde presta sus servicios  
No. De Contrato: Diligencie número de contrato  
Periodo certificado desde el: Diligencie la fecha inicial y la fecha final del periodo que se va a certificar  
Nombre del Contratista: Diligencie su nombre  
C.C.: Diligencie su cédula de ciudadanía  
De: Diligencie el lugar de expedición de la cédula de ciudadanía  
El resultado del cumplimiento del contrato es: Diligencie con una (X) si se cumple o no con los productos o servicios.  
Obligaciones Contractuales: Diligencie las obligaciones presentes en el contrato  
Programado: Diligencie (Si o No) si para el periodo certificado la obligación ha sido programada  
Actividades Realizadas: Diligencie que actividades fueron realizadas para dar cumplimiento a las obligaciones  
Productos entregados: Que productos surgieron de las actividades realizadas  
Observaciones: Diligencie si es necesario agregar observaciones  
Total a Pagar: Diligencie el valor en número y letras del valor a pagar en el periodo a certificar

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2020-09-28, 02:14:20 p. m. Tipo Planilla I Número Planilla 1032724911  
Período Cotización 202008 Período Servicio 202008

Simple

PAGADA 2020-09-25 00:00:00.0

DATOS DEL APORTANTE

|                     |                           |                    |                   |                 |   |
|---------------------|---------------------------|--------------------|-------------------|-----------------|---|
| razón Social        | GERALDINE FARFAN PALACIOS |                    |                   |                 |   |
| Documento           | CC 1016071258             | Dirección          | CR 108 #16 H - 31 |                 |   |
| ipo de Empresa      | INDEPENDIENTE             | Teléfono           | 3055772616        |                 |   |
| po Persona          | NATURAL                   | Forma Presentación | ÚNICO             | Total Afiliados | 1 |
| udad                | BOGOTÁ D.C.               | Departamento       | BOGOTÁ D.C.       |                 |   |
| representante Legal |                           | Identificación     |                   |                 |   |

DATOS DEL AFILIADO

|                |               |           |           |   |                           |                              |                   |                   |
|----------------|---------------|-----------|-----------|---|---------------------------|------------------------------|-------------------|-------------------|
| Documento      | CC 1016071258 | Residente | Exonerado | N | Apellidos y Nombres       | Código Ciudad - Departamento | Centro de Trabajo | Ubicación Laboral |
| Tipo Colizante | 57 00         |           |           |   | FARFAN PALACIOS GERALDINE | 11001000 - 11                |                   | BOGOTA D.C.       |

L. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | Pensión    |            |                  |                  | Salud      |            |                  |                  | Riesgos    |            |                  |                  | Caja       |            |                  |                  | Parafiscales |            |                  |                  |
|-----------|------------|------------|------------------|------------------|------------|------------|------------------|------------------|------------|------------|------------------|------------------|------------|------------|------------------|------------------|--------------|------------|------------------|------------------|
|           | Código AFP | Tarifa AFP | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Código EPS | Tarifa EPS | Total Aporte EPS | Total Aporte FSP | Código EPS | Tarifa EPS | Total Aporte EPS | Total Aporte FSP | Código EPS | Tarifa EPS | Total Aporte EPS | Total Aporte FSP | Código EPS   | Tarifa EPS | Total Aporte EPS | Total Aporte FSP |
|           | 230301     | 16 %       | \$ 877.603       | \$ 140.500       | EPSP008    | 12.5 %     | \$ 877.603       | \$ 109.800       | 14-11      | 3          | 2.435 %          | \$ 877.603       | \$ 21.400  | NIN-CC     | 0 %              | \$ 0             | 0 %          | 0 %        | \$ 0             | \$ 0             |
|           |            |            | \$ 877.603       |                  |            |            |                  |                  |            |            |                  |                  |            |            |                  |                  |              |            |                  |                  |

TOTALES

|                       |                   |                    |                     |                       |                    |                    |                    |                   |             |
|-----------------------|-------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|-------------|
| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
| PORVENIR              | FSP SOLIDARIDAD   | FSP SUBSISTENCIA   | COMPENSAR EPS       | NINGUNA CCF           | SENA               | ICBF               | ESAP               | MEN               |             |
| \$ 140.500            | \$ 0              | \$ 0               | \$ 109.800          | \$ 21.400             | \$ 0               | \$ 0               | \$ 0               | \$ 0              | \$ 271.700  |



**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**GERALDINE FARFAN PALACIOS**

**C.C 1016071258**

La suma de \$5.400.000, por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión asistencial como Terapeuta Respiratoria durante el periodo de 1 al 30 de SEPTIEMBRE de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5858-2020



**GERALDINE FARFAN PALACIOS**

**C.C 1016071258**

**CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**

**NUMERO 91205656001**