

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	
		Fecha de	15/2/2018	
		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				3 DE 3							
NÚMERO DE CDP		1597		FECHA		31/10/2020		NÚMERO DE CRP		50308		FECHA		6/11/2020					
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		11		2020				30		11		2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:												\$16.290							
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 OCTUBRE DE 2020 TOTAL DE HORAS 180 VALOR TOTAL \$2,932,200																			
TOTAL DE HORAS NOVIEMBRE 186 HORAS. VALOR DE LA HORA \$16,290, TOTAL \$ 3,029,940																			

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$12.755.880
VALOR EJECUTADO	\$12.442.140
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$3.029.940
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$313.740
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	98%

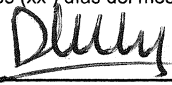
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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	APORTE A SALUD	APORTE	NIVEL	APORTE	TOTAL APORTES
1033840755	\$1.172.880	\$146.610	\$187.661	3	\$28.571	\$362.842

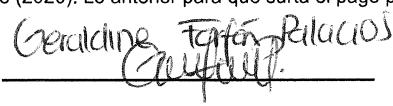
Dado en Bogotá a los (xx) días del mes de NOVIEMBRE del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,



RODOLFO DUARTE CELY

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



GERALDINE FARFAN PALACIOS

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

		INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				Versión	2					
						Fecha de aprobación	31/3/2017					
						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	11	2.020		30	11	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		GERALDINE FARFAN PALACIOS				C. C.	1016071258		DE	BOGOTA		
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de rehabilitacion 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.												
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☒ NO ☐ 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		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 atencion en rehabilitacion, con el fin de brindar una atencion oportuna tendiente a evitar secuelas o la instauracion de discapacidades.		si		Se valoraron pacientes tanto adultos como niños, en consulta externa y en camí I 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.				
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, neuropsicologicos, 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 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 camí I.				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 información como planillas de desinfeccion, planilla de temperatura, alistamento y mantenimiento de papeleria de mas funciones correspondientes				Se 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 ULC programadas por la institucion para dar cumplimiento al mejoramiento continuo de la institucion				Participe activamente en las reuniones program,adas por la coordinación del servicio				
TOTAL A PAGAR : \$3.029.940 (TRES MILLONES VENTINUEVE MIL NOVECIENTOS CUARENTA MIL PESOS ML)												
Geradine Farfan Palacios 1-016-071-258 Geradine P. NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:						RM Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:						



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de Seguridad Social
Fecha	2020-11-17, 01:44:32 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2020
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2020
Empresa	GERALDINE FARFAN PALACIOS
CEDULA CIUDADANIA	CC 1016071258
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1033840755
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	802150797
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	\$ 370.100
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.42.12.1

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 187.700	\$ 0
N860066942	EPS008	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	\$ 146.700	\$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	\$ 28.600	\$ 0
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	\$ 7.100	\$ 0

SubTotales: \$ 370.100 \$ 0
Total a Pagar: \$ 370.100

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

GERALDINE FARFÁN PALACIOS

C.C 1016071258

La suma de \$3.029.940 por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión asistencial como Terapeuta Respiratoria durante el periodo de 1 al 30 de NOVIEMBRE de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5858-2020



GERALDINE FARFÁN PALACIOS

C.C 1016071258

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 91205656001