| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 15/02/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | NIYIRETH LAVERDE AMADO | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1022972973 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | niyireth.amadof@gmail.com | | | | CELULAR: | 3057001958 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | USS CENTRO DIA | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | GESTIÓN CLINICA AMBULATORIA (CENTRO DIA)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: | BBVA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 959043589 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 403-2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 3 | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 201 | FECHA | 10/02/2021 | NÚMERO DE CRP | 16230 | FECHA | 18/02/2021 | | | |
| 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 | 4 | 2021 | | 30 | 4 | 2021 | | |
| VALOR HORA | $15.958 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | ASISTENCIAL | RESERVA DE GLOSA | | | | | | | | |

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: | $8.904.564 |
| VALOR EJECUTADO | $8.904.564 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $2.968.188 |
| 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 **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.271,315, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9417120411 | $1.187.275,00 | $148.500 | $190.000 | 3 | $29.000 | **$367.500** |

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de abril del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

CLAUDIA PATRICIA ROSERO CAICEDO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

NIYIRETH LAVERDE AMADO
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:** | CENTRO DIA | | | | **Sede: USS CENTRO DIA** | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | **403-2021** | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 4 | 2.021 | | 30 | 4 | 2.021 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | **NIYIRETH LAVERDE AMADO** | | **C. C.** | 1022972973 | | | **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**___ **NO**___ **Servicios** **SI** X__ **NO** __

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Evaluar, diagnosticar y brindar tratamientos de rehabilitación a niños y adultos con disfuncionalidades fisicas 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 cami 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 programaada durante todo el mes. |
| Detectar de manera temprana las personas con alteraciones temporales o permanentes suceptibles de atencion en rehabilitacion, con el fin de brindar una atencion oportuna tendiente a evitar secuelas o la instauracion de discapacidades. | **si** | | S e cumpliocon evaluar, orientar y dar recomendaciones Fisioterapeuticas a los pacientes que lo requirueron. |
| 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 fisicas 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 explicandò al ususrio 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 cami 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 permantente de los sistemas de información como planillas de desinfeccion, planilla de temperatura, alistamento y mantenimiento de papeleria de mas funciones correspondientes | S e cumplio diligenciando diariamente planillas de desinfeccion, planilla de temperatura, alistamento y mantenimiento de papeleria de mas funciones correspondientes |
| Demas actividades concernientes con el cargo | **si** | Asistencia a la reuinion 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 ULGS 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 |

**OBSERVACIONES:**

TOTAL A PAGAR (Número y letras): DOS MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CIENTO OCHENTA Y OCHO – UR# **$2,968,188**

Niyireth Laverde Amado
1022972973
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.

Instructivo de Diligenciamiento

Ubicación del Servicio: Diligencie el area o servicio donde presta los servicios
Sede: Diligencie la sede donde presta sus servicios
No. De Contrato: Diligencie numero de contrato
Periodo certificado desde el: Diligenciela fecha inicial y la fecha final del periodo que se va a certificar

en línea

## Resumen General de Pago

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1022972973 | | LAVERDE AMADO NIYIRETH | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cll 5 # 25a-36 barrio veraguas | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

### DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-03 | 2021-03 | 950066320 | 9418090487 | I | 2021/04/20 | 2021/04/08 | BANCO BBVA COLOMBIA S.A. | 0 | $367,500 |

### LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,187,275 | $190,000 | | | $1,187,275 | $148,500 | | | $0 | $0 | | | $1,187,275 | $29,000 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,187,275 | $190,000 | | | $1,187,275 | $148,500 | | | $0 | $0 | | | $1,187,275 | $29,000 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,187,275 | $190,000 | | | $1,187,275 | $148,500 | | | $0 | $0 | | | $1,187,275 | $29,000 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1022972973 LAVERDE NIYIRETH | 25-14 | 30 | $1,187,275 | $190,000 | EPS037 | 30 | $1,187,275 | $148,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,187,275 | $29,000 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $1,187,275 | $190,000 | | | $1,187,275 | $148,500 | | | $0 | $0 | | | $1,187,275 | $29,000 | | $0 | $0 |

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**NIYIRETH LAVERDE AMADO**
**CC:1022972973 DE BOGOTÁ**

La suma de $ 2´968.188, dos millones *novecientos* sesenta y ocho mil ciento ochenta y ocho pesos por concepto de: prestación de servicios de salud como FISIOTERAPEUTA durante el periodo de 1 al 30 de Abril 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 403-2021

**NIYIRETH LAVERDE AMADO**
**CC:1022972973 DE BOGOTÁ**
**CUENTA DE AHORROS BANCO BBVA**
**NUMERO 959043589**