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			**4**				
NÚMERO DE CDP	627	FECHA	29/04/2021	**NÚMERO DE CRP**	28121	**FECHA**	30/04/2021				
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 FONTIBÒN, de acuerdo a las necesidades de la Institución.										
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO			
		1	5	2021		31	5	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:	$11.872.752
VALOR EJECUTADO	$11.872.752
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**
918902392	$1.187.275,00	$148.500	$190.000	3	$29.000	**$367.500**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de MAYO 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	5	2.021		31	5	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 l 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 explicando al ususrio el consentimiento informado y haciendc 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 l.	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# ~~82,968,188~~

1022972973
NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Niyireth Laverde Amado

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
2021-04	2021-04	918902392	9417359172	I	2021/05/19	2021/03/10	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 31 de MAYO 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