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 (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	%	
	FO08M06	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:	2220-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**6**			
NÚMERO DE CDP	574	FECHA	20/04/2020	**NÚMERO DE CRP**	23085	**FECHA**	30/04/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area 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.**									
proce	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO		
		14	7	2020		31	7	2020		
VALOR HORA :	$15.418									
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%	$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.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$17.206.488
VALOR EJECUTADO	$15.248.402
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.958.086
VALOR A LIBERAR	$909.662
SALDO POR EJECUTAR	$909.662
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	89%

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 $2.194.507, 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9407875856	$1.147.099,00	$143.400	$183.700	3	$28.000	**$355.000**

Dado en Bogotá del mes de JULIO del año Dos Mil veinte (2020). 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
1022972973

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

DEBE A:

IYIRETH LAVERDE AMADO
CC:1022972973 DE BOGOTÁ

La suma de (un millón novecientos cincuenta y ocho mil ochenta y seis pesos) ($1.958.086), por concepto de: prestación de servicios de salud como FISIOTERAPEUTA, con un total de 127 horas a $15.418 por hora durante el periodo de 14 al 31 de julio 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2220-2020

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

Firma:
CC: 1022972973

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	CAPS ZONA FRANCA			**Sede:**						
No. DE CONTRATO:	2220-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			14	7	2.020		31	7	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NIYIRETH LAVERDE AMADO		**C. C.**	1.022.972.973			**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 rehabilitacion a niños y adultos con dicfuncionalidades fisicas e identificvar los riesgos que se generan como consecuencia de factores ambientales,neuropsicologicos,organo funcionales o geneticos	si	se valoran a pacientes tanto niños como ad,en consulta externa y en cami donde se diagnosticaron alteraciones musculoesqueleticas,osteomusculares y neuromusculares según en el caso particular de cada paciente	Se cumplio con la atencion de la agenda del mes programada durante todo el mes
detectar de manera temprana las personas con alteraciones temporales o permanenetes suceptiblesles de atencion en rehabilitacion,con el fin de brindar una atencion oportuna tendiente a evitar secuelas o ala instauracion de discapacidades	si	al realizar las valortaciones del mes de marzo halle alteraciones temporales y/o permanentes suceptibles de atencion en rahabilitacion,brindando la atencion oporutna pqara evitar secuelas de discapacidades	se cumplio con evaluar,orientar y dar recomendaciones fisioterapeuticas a los pacientes que lo requieren
diligenciar de manera completa,legible y oportuna la historia clinica dando cumplimiento a la resolucion 1995de1999	si	ejecute de manera completa y legible la hidtoria clinica deacuerdo a la normatividad	se cumplio con la ejecucion completa de la historia clinica de los pacientes atendidos en el mes
realizar informe de gestion mensual y hacer entrega oporutna de los mismos a la respectivas areas	si	se llevo a cabalidad con los informes mensuales y se proporcionan oportunamente apoyo diagnostico y terapeutico	se realizo informe mensual correspondiente al mes
realizar la referencia y contrareferencia para continuar tratamiento cuando sea necesario,dentro de la estrategia de redes de servicios de salud y de acuerdo con las normas que lo regulan	si	se gestiona referencia y contrareferencia tanto interna como externa según sea el caso de cada paciente dando cumplimiento a las estrategias de las redes según las normas vigentes	se realizo de forma oportuna las referencias y las contrareferenciasen los casos que fueren pertinentes
cumplir con las normas,procedimeintos y manualesestablecidos por la institucion	si	se llevo acabo el cumplimiento con las normas procedimientos,manualesy guis establecidos por la institucion	al realizar las valoraciones de los pacientes correspondientes del mes se cumplio con la oportunidad de las guias
evaluar,diagnosticar y brindar tratamientos de rehabilitacion a niños y adultos con disfuncionalidades fisicas e identificar los riesgos que se generan como consecuiencia de factores ambientales,neuropsicologicos,organo funcional o geneticos	si	se explico a los musuarios de manera adecuada el consentimiento informado y ploan casero deacierdo asu patologia	se cumplio explicando al usuarios el consentimiento informado y haciendo entrega de plan casero dependiendo la patologia
todas las actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines del desarrollo del objeto del contrato	si	se atendieron de manera integral a los pacientes de terapia fisica a nivel de consulta externa y en hospitalizacioon en cami I	se cumplio diligenciando diariamnete planillas de desinfeccion,planillas de temperatura,alistamiento y mantenimiento de papeleria de masfunciones correspondientes.
aliemnetar constantemente todos los sistemas de informacion que estan a su cargo y mantenerlos al dia	s	realizacionj diaria dy permanente de los siuitemas de informacion como planillas de desinfeccion planilla de temperatura aislamiento y manyymantenimiento de papeleria de masfunciones correspondientes	se cumplio diligenciando diariamnete las planillas de desinfeccion planillade temperatura,alistamiento y mantenimiento de papeleria de mas de funciones correspondientes
demas actividades concernientes con el cargo	si	asistencia a la reunion de programa mensual con la cordinacion de apoyo diagnostico terpaeutico	se cumplio ya que se asistio a reuniones programadas dutrante 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 programas por la institucion para dar cumplimiento al mejoramiento continuo de a institucion	participe activamnete en las reuniones programadas por la cordinacion del servicio

OBSERVACIONES: TODAS LAS HORAS EN ZONA FRANCA

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.958.086 (UN MILLON NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL OCHENTA Y SEIS PESOS)

Niyireth Laverde Amado.

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: 1022972973

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor