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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobació	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACION DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CINDY TATYANA CORTES ROMERO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1016037329							
CORREO ELECTRONICO:	tatianacortes0608@gmail.com				CELULAR:	314493304							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	Fontibon												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Gestión clínica ambulatoria (CAPS zona franca) FO08				SEDE:	ZONA FRANCA							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	M07	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARI			0 07300773350								PENSIONADO	No	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1993-218			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4			
NÚMERO DE CDP	803	FECHA	18/04/2018	NÚMERO DE CRP	21321	FECHA	30/04/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO FONOAUDIOLOGO,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	2018		31	5	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			2'606.418							
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%								
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:	$10.425.672
VALOR EJECUTADO	$9.865.152
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.676.483
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$560.520
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	95%

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 $**1.844.293**, 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
1012421274	$1.070.593,20	$133.824	$171.295	$3	$26.080	**$331.199**

Dado en Bogotá mes de Mayo del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago PertinenteCordialmente,

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CINDY TATYANA CORTES ROMERO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2
		Fecha de aprobación	03/04/2017
		Código	4-02-FO-000

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	ZONA FRANCA		Sede: USS FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	1993-2018	Periodo certificado desde el	Dia	mes	Año	a	Dia	Mes	Año
			1	5	2.018		31	5	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CINDY TATYANA CORTES ROMERO		C. C.	1.016.037.329		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 FONOAUDIOLOGA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO ____ Servicios: SI X NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Atender la consulta de Terapia del Lenguaje de acuerdo a la agenda programada	SI	Se realizo la atención oportuna y puntual a los pacientes de consulta externa programados en la agenda mensual.	registro de historia clinica diligenciada de manera oportuna
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	se hallaron alteraciones temporales o permanentes suceptibles de atención en rehabilitación, brindando atención oportuna, disminuyendo el riesgo a la instauración de dispacidad.	registro de deteccion de alteraciones permanentes o temporales en historia clinica
Realizar el diagnóstico y proyectar el plan de tratamiento de cada paciente	SI	Se realizo el diagnóstico y en base a este se realizó el plan de tratamiento de cada paciente. Teniendo en cuenta las guias clinicas estandarizadas, en los pacientes de consulta externa	resgistro de diagnostico y plan de tratamiento oportuno en la historia clinica
Explicar al paciente y su familia el diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico del caso, además de mantener informado sobre la evolución del mismo	SI	Se dio a conocer a cada paciente y sus familias el diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico del casorealizando el diligenciamiento del	registro de entrega del plan casero, plan de tratamiento y pronostico a familiares o paciente
Ingresar los datos y evolución del paciente en la Historia clínica, cumpliendo cabalmente con lo ordenado en la Resolución 1995 de 1999.	SI	Se diligenció de manera completa, legible y oportuna la historia clinica de acuerdo con la normatividad	registro de historia clinica completa y oportuna de acuerdo con la normativa
Realizar informe de gestión mensual y hacer entrega oportuna de los mismos a la respectiva área.	SI	Se realizó el informe de gestion mensual con información veridica, y se proporcionaron oportunamente al lider del proceso	elavoracion y entrega oportuna de informe de gestiòn
Contribuir en la revisión periodica de las normas y guias técnicas manteniéndolas actualizadas de acuerdo con los avances y al desarrollo del plan de salud y sus programas.	SI	Se realizo la revision de las normas y guías técnicas actualizadas, con el fin de establecer indicadores de cumplimiento de objetivos para el servicio.	se cuenta con las guias de tratamiento actualizadas
Realizar la referencia y contrarreferencia cuando se requiera, dentro de la estrategia de redes de servicio de salud y de acuerdo con las normas que la regulan.	SI	se realizo el diligenciamiento de la referencia y contrarreferencia cuando fue requerida, cumpliendo con la estrategia de las redes acuerdo con la	registro de referencia y contrareferencia cuando fue requerida
Propender por el cumplimiento de la visión y la misión del Hospital e impulsar y promocionar nuestro portafolio de servicios.	SI	Se realizó la capacitación para el conocimiento y manejo de la de HOSVITAL , dejando claro el manejo y los ajustes realizados.	Capacitacion con ingenieros de HOSVITAL, aclrando los ajustes necesarios en la historia clinica
Participar activa y proactivamente en todas las actividades programadas por la institución en el proceso de Acreditación, que apuntan al mejoramiento continuo de la Entidad.	SI	Se asistio a la reunion programada mensualemente en compañia con el lider del proceso con le fin de analizar el funcionamiento del proceso, las tareas, pendientes y otros con el fin de insentivar el mejoramiento de la institución.	reunion de area con acompañamiento del lider en donde se trabajaron las tareas pendientes
Las demás actividades que le sean asignadas acorde con su perfil.	SI	Las demas actividades que le sean asignadas acorde con su perfil.	se asistio a reuniones de acreditación, actas de las reuniones y trabajos.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 2´676.483 DOS MILLONES SEICIEN[illegible] CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS MCTE

Cindy Tatyana Cortes Romero
C.C. 1016037329

Recibido

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumpli[illegible] dada el supervisor.

Señor(a): CINDY TATYANA CORTES ROMERO
No. Identificación: CC 1016037329
Dirección: CALLE 20 B 104 - 43
Teléfono: 4130827 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8327115472

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	CINDY TATYANA CORTES ROME
Tipo y Número de Identificación	CC 1016037329
Número Planilla	8327115472
Fecha de Pago	5/21/2018
Número de Autorización de Pago	27115472
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Mayo 2018
Periodo Cotización Pensión	Mayo 2018
Periodo Cotización Caja	Mayo 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$313.000
Total Interes Mora	$3.100

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$24.700	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$161.900	1
EPS008	Compensar EPS	$126.400	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1016037329
APELLIDOS Y NOMBRES CORTES ROMERO CINDY TATYANA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230201	0	1.001.573	1.001.573	1.001.573	0	125.200	160.300	24.400	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1018037329	CINDY TATYANA CORTES ROMERO	CALLE 20 B 104 - 43	4130827	tatianacortes_0808@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
5	2018	5	2018	N	2018/05/23 23/05/2018	27702333	339254371 $21.800

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	8.700	0		0		0	14	100	0	8.800	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	11.000	0	0	0	0	14	200	0	11.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-28	ARP Sura	800256161-9	1.700				1.700	14	100	1.800			17	1.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	8.700	8.800
Pensión	1	11.000	11.200
Riesgos Laborales	1	1.700	1.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	21.400	21.800

PAGADA 27023333

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1016037329	CINDY TATYANA CORTES ROMERO		CALLE 20 B 104 - 43	4130827	tatianacortes_0608@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
5	2018	5	2018	N	23/05/2018	27702333	$21.800

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colegiado	Multiple	Extranjero	Cotiza Alternol	Exonerado	INS	ACT	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	DIAS/COTIZADOS	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1016037329	CORTES ROMERO CINDY TATYANA	59	0			N							X				230201	1.070.593	171.300	0	0	0	0	EPS008	1.070.593	133.900	14-28	1.070.593	3	26.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información