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:	MAGDALENA BORDA HERNANDEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	35464268							
CORREO ELECTRONICO:	magdabh12@yahoo.es				CELULAR	3185952731							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					Fontibon								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PROCESO GESTION CLINICA AMBULATORIA PAPS CENTRO DIA FO04				SEDE:	FONTIBON							
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 BANCARIA	87004007474						PENSIONADO	No					

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1991-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4 DE 1		
NÚMERO DE CDP	803	FECHA	18/04/2018	NÚMERO DE CRP	21319	FECHA	30/04/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TERAPISTA OCUPACIONAL, dentro de los diferentesprocesos y procedimientos de la SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE-UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBON, 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:	$1.303.209								
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:	$5.212.836
VALOR EJECUTADO	$5.212.836
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$1.303.209**
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 **$1.953.105**, 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
8479164076	$800.000,00	$97.700	$0	3	$19.100	**$116.800**

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

CLAUDIA PATRICIA ROSERO CAICEDO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Magdalena Borda H.
MAGDALENA BORDA HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned by CamScanner

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PAPS -CENTRO DIA							Sede: FONTIBON			
No. DE CONTRATO:	1991-2018	Periodo certificado desde el	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año		
			1	5	18		31	5	18		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MAGDALENA BORDA HERNANDEZ		C. C.	35.464.268			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 TERAPEUTA OCUPACIONAL de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Atencion de la consulta de Terapia Ocupacional por la Agenda.	si	Se atendio la consulta de Terapia Ocupacional de acuerdo a la agenda programada. Se diligenciaron los Registros Estadisticos y captura de informacion entregandolos oportunamente en Informe de Gestion Mensual.	Se cumplio con la atencion de la agenda de MAYO programada durante todo el mes, la estadistica correspondiente en promedio 180 pacientes atendidos entregando Informe de Gestion Mensual.
Elaborar diagnostico de los riesgos y funciones ocupacionales.	si	Se realizo Evaluacion y Diagnostico del riesgo y funciones en cada paciente agendado.	Se realizaron las Evaluaciones y revaloraciones a un promedio de 45 pacientes, con observacion y anotacion del riesgo, su diagnostico y funcionalidad
Realizar evaluacion, orientar y reubicar ocupacionalmente.	si	Se realizo Evaluacion, Diagnostico, Orientacion, Tratamiento y metodos terapeuticos para prevencion en individuos con problemas.	Se cumplio con Evaluar, orientar y dar recomendaciones ocupacionales a 6 pacientes que lo requerian. Se dio informacion para su registro en RBC.
Establecer metodos terapeuticos en actividades cotidianas y diarias.	si	Se establecieron metodos terapeuticos en actividades cotidianas y de la vida diaria. Se entreagaron Planes Caseros a niños de 3-6 años y de 7 años en adelante.	Se entregaron Planes caseros y/o recomendaciones a todos los pacientes de acuerdo a su funcionalidad.
Desarrollar a estimular, fortalecer habitos cognitivos	si	Se desarrollaron estrategias para estimular y fortalecer habitos cognitivos	Se instruyo a los pacientes de actividades en casa para reforzar su habilidad cognitiva junto con su familiar o acompañante.
Realizar referencia y contrareferencia cuando se requiera	si	Se realizo la referencia y contrareferencia dentro de la estrategia de redes de servicios de salud.	A los pacientes que requerian o solicitaron por su discapacidad referencia y contrareferencia se les entrego oportunamente.
Controlar y administrar procesos asistenciales investigativos	si	Asistencia a reuniones programadas por la institucion para dar cumplimiento al mejoramiento continuo de la institucion y de la subred de servicios integrales de salud occidente.	Participe activamente en el Conversatorio, UAT y ULC.Llevar estadistica del servicio de terapia ocupacional para informes y auditorias.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.303.209 UN MILLON TRESCIENTOS TRES MIL DOSCIENTOS NUEVE PESOS.

Magdalena Borda Hernández CC 35464268

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA MAGDALENA BORDA HERNANDEZ CC 35464268

Fecha comisiosa Firma del supervisor

Scanned by CamScanner

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 35464268		BORDA HERNANDEZ MAGDALENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cl 137 # 19A-12 ap 101	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
2018-05	2018-05	35706427	8479164076	I	2018/05/17	2018/05/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	$116,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$0	$0			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
1	CC 35464268	BORDA MAGDALENA		0	$0	$0	EPS037	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0	14-28	30	$781,242	$19,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$0	$0			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0

PAGADO

Scanned by CamScanner