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. SALUD
		Fecha de aprobació	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN 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			8			
NÚMERO DE CDP	1433	FECHA	30/08/2018	NÚMERO DE CRP		38013	FECHA	2018/08/31		
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	9	2018		30	9	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:	$20.851.244
VALOR EJECUTADO	$20.290.824
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.606.418
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$560.420
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97%

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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
	$1.042.567,20	$130.321	$166.811	$3	$25.397	**$322.529**

Dado en Bogotá en el mes de SEPTIEMBRE del año 2018. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

1016037329

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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	4-02-FO-000	

Ubicación del Servicio:	ZONA FRANCA			**Sede: USS FONTIBON**						
No. DE CONTRATO:	**1993-2018**	**Periodo certificado desde el**		**Día**	**mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
				1	9	2.018		30	9	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 gestión mensual con información veridica, y se proporcionaron oportunamente al lider del proceso	elaboración y entrega oportuna de informe de gestiòn
Contribuir en la revisión periodica de las normas y guías 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 deacuerdo con la normatividad vigente	registro de referencia y contrareferencia cuando fue requerida
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 asisitio a la reunión de area programada mensualemente en compañia con el lider del proceso con le fin de analizar el funcionamiento del proceso, las tareas, recomendaciones entre otros con el fin de insentivar el mejoramiento continuo 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 demás 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: $2.606.418

1016037329

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.

ARL | sura

Medellín, 17 de septiembre de 2018

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que CINDY TATIANA CORTES ROMERO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1016037329 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/01/2017 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10160373291826063790

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 17/09/2018 5.43 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

compensar

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) CINDY TATYANA CORTES ROMERO identificado(a) con cedula ciudadania 1.016.037.329 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Semanas Cotizadas
20170301	No Registrada	474

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 17 días del mes de Septiembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
TATIANACORTES0608@GMAIL.COM

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
10145212

CER-AFI

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE
LOS APORTES AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS

Medellín, 18 de Julio de 2018.

Señores:
CINDY TATYANA CORTES ROMERO
CC 1016037329

Asunto: Notificación de pago, aportes al sistema general de pensiones

Reciba un cordial saludo de **Protección S.A.**

En Protección buscamos ser su mejor aliado en la construcción del ahorro para su futuro. Por lo anterior queremos informarle que hemos recibido el pago de los aportes al sistema general de pensiones de la siguiente manera:

Valor Aporte	$167,800
Fecha Aporte	20180717
Hora Aporte	10:00 AM
Periodo Aporte	201807
Cantidad Afiliados	1
Número Planilla	8328409084

Para nosotros es muy importante tener una comunicación permanente y oportuna con nuestros clientes. Con gusto atenderemos cualquier consulta a través nuestro correo electrónico proteccionenlinea@proteccion.com.co

Cordialmente,

Área de Acreditación y Traslados
Protección S.A.