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	

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			10				
NÚMERO DE CDP	1731	FECHA	29/10/2018	NÚMERO DE CRP		45013	FECHA	2018/10/31			
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	11	2018		30	11	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:	$25.643.690
VALOR EJECUTADO	$25.503.660
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.606.418
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$140.030
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99%

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
8330794840	$1.042.567,20	$130.321	$166.811	$3	$25.397	**$322.529**

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

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	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	11	2.018		30	11	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	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.

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 8330794840

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	8330794840
Fecha de Pago	11/20/2018
Número de Autorización de Pago	30794840
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Octubre 2018
Periodo Cotización Pensión	Octubre 2018
Periodo Cotización Caja	Octubre 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$325.500
Total interes Mora	$2.800

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$25.700	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$168.300	1
EPS008	Compensar EPS	$131.500	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	1.042.567	1.042.567	1.042.567	0	130.400	166.900	25.400	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

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

PAGO APROBADO

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