

 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 TESORERÍA	Versión	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>Secretaría de Planeación y Desarrollo Urbano</small>
		Fecha de aprobación	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 BANCAR:								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			11		
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA					
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 FONTIBÓN, de acuerdo a las necesidades de la Institución.									

PERIODO CERTIFICADO:				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
					1	12	2018		31	12	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:	\$29.469.239 ✓
VALOR EJECUTADO	\$28.110.078 ✓
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2.606.418
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$1.359.161 ✓
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	95%

El intervisor 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
8331422779	\$1.042.567,20	\$130.321	\$166.811	\$3	\$25.397	\$322.529

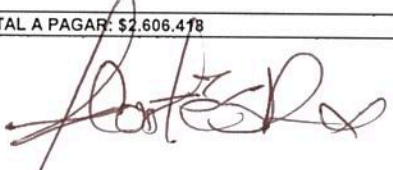
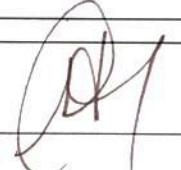
Dado en Bogotá en el mes de diciembre del año 2018. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CINDY TATYANA CORTES ROMERO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE
PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión 2
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
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		CINDY TATYANA CORTES ROMERO		C. C.		1.016.037.329		DE		BOGOTÁ		
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 ☒ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐												
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGR AMADO	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 susceptibles de atención en rehabilitación, con el fin de brindar una atención oportuna tendiente a evitar secuelas o la instauración de discapacidades.		SI	se hallaron alteraciones temporales o permanentes susceptibles de atención en rehabilitación, brindando atención oportuna, disminuyendo el riesgo a la instauración de discapacidad.				registro de detección 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 guías clínicas estandarizadas, en los pacientes de consulta externa				registro 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 caso realizando 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 clinica, 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 verídica, y se proporcionaron oportunamente al líder del proceso				elaboración y entrega oportuna de informe de gestión					
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 guías 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 de acuerdo con la normatividad vigente				registro de referencia y contrarreferencia 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 asistió a la reunión de área programada mensualmente en compañía con el líder del proceso con el 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 líder 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 asistió a reuniones de acreditación, actas de las reuniones y trabajos.					
OBSERVACIONES:												
TOTAL A PAGAR: \$2.606.478												
				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	8331422779		

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:



Nombre	CINDY TATYANA CORTES ROMERO
Tipo y Número de Identificación	CC 1016037329
Número Planilla	8331422779
Fecha de Pago	12/12/2018
Número de Autorización de Pago	31422779
Banco	1052
Valor Comisión	\$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Noviembre 2018
Periodo Cotización Pensión	Noviembre 2018
Periodo Cotización Caja	Noviembre 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	\$323,300
Total Interés Mora	\$600

[illegible]

TIPO DOC.:		CC								
NO. DOCUMENTO:		1016037329								
APELLIDOS Y NOMBRES		CORTES ROMERO CINDY TATYANA								
COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230201	0	1.042.567	1.042.567	1.042.567	0	130.400	166.900	25.400	0

[illegible]