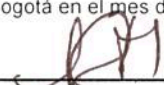
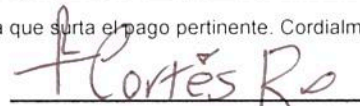
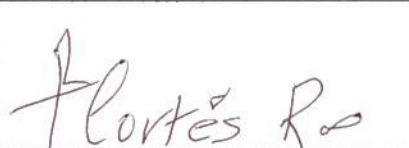
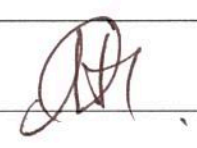


INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		CINDY TATYANA CORTES ROMERO											
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E	NO.		1016037329						
CORREO ELECTRONICO:		tatianacortes0608@gmail.com				CELULAR:		314493304					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:										Fontibon			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		Gestión clínica ambulatoria (CAPS zona franca) EQ08				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		12					
NÚMERO DE CDP		1990 26	FECHA		13/12/2018 10/1/2019	NÚMERO DE CRP		49295 9082	FECHA		17/12/2018 15/1/2019		
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	1	2019			31	1	2019
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:								\$30.730.409					
VALOR EJECUTADO								\$30.716.496					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$2.606.418					
VALOR A LIBERAR								\$0					
SALDO POR EJECUTAR								\$13.913					
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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES							
32059352	\$1.042.567,20	\$130.321	\$166.811	\$3	\$25.397	\$322.529							
<p>Dado en Bogotá en el mes de ENERO del año 2019. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">  LILIANA CASTIBLANCO MOSOS NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR: </div> <div style="text-align: center;">  CINDY TATYANA CORTES ROMERO NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA </div> </div>													

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE
PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión 2
Fecha de aprobación 03/04/2017
Código 4-02-FO-006

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	1	2.019		31 1 2.019
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.					
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.					
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					
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 clínica de acuerdo con la normatividad					
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					
Contribuir en la revisión periódica 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					
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 incentivar el mejoramiento continuo de la institución.	Realizar seguimiento y acompañamiento a las actividades de las terapeutas de la subred, apoyar implementación de historia clínica sistematizada garantizando suplir las necesidades de registro de las terapeutas, programar y organizar las capacitaciones correspondientes a cada historia clínica por perfil terapéutico				
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: \$2.606.418							
		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.

DATOS DEL APORTANTE				DATOS DE LA PLANILLA								
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	PLANILLA ASOCIADA (CONFECCIÓN)	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	UPC
CC	1016037329	CINDY TATYANA CORTES ROMERO	CALLE 20 B 104 - 43	4130827	italianacorries_0608@hotmail.com						1	0
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	NO						

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	130.400	0		0			0	13	1.300	0	131.700	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	166.500	0	0	0	0	13	1.600	0	168.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES													
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	Valor Saldo a Favor	Total a Pagar	No. Afiliados
14-28	ARP Sura	800256161-9	25.400	No. Autorización	Valor	Sistemas	25.400	13	300	25.700	254	25.700	1

TOTALES CAJAS					
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

TOTALES PARAFISCALES				TOTALES POR SUBSISTEMA			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Administradora Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, INPP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	Salud	1	130.400	131.700
0	0	0	0	Pensión	1	166.500	168.500
0	0	0	0	Riesgos Laborales	1	25.400	25.700
				CCF	0	0	0
				ESAP	0	0	0
				ICBF	0	0	0
				MEN	0	0	0
				SENA	0	0	0
				TOTALES	3	322.700	325.900



DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
CC	101607329	CINDY TATYANA CORTES ROMERO	CALLE 20 B 104 . 43
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO
UNICA	1 - Independiente		
		CIUDAD / MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.
		DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
		EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	NO

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			
2018-12	2018-12	1		32059352
TOTAL A PAGAR				\$325.900

VALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE		INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD		RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Contingente	Extemporáneo	Cobro menor	N	10	11	12	13	14	15	Cód. AFP	IBIC AFP	Cotización AFP	Voluntario a Afiliado	Fondo preafiliado de solidaridad	Fondo preafiliado de subsistencia	Cód. EPS	IBIC EPS	Cotización Valor UPIC	Cód. ARL	IBIC ARL	Cotización	Código CCF	IBIC CCF	Aporte CCF	IBIC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte MEN
101607329	CORTES RIVERO CINDY TATYANA	59	0	0	0	0	0	0	0	0	0	230201	1 042 567	196 900	0	0	0	EP2008	1 042 567	130 800	14.78	1 042 567	3	25 400	0	0	0	0	0	0