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 Fecha de aprobació 31/03/2017 Código: 04-02-FO-0002	ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C

INFORMACION 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			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**

Dado en Bogotá en el mes de ENERO del año 2019. 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		Dia	mes	Año	a	Dia	Mes	Año
				1	1	2.019		31	1	2.019
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.	
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.	
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	
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	
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	
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	
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.	Realizar seguimiento y acompañamiento a las actividades de las terapeutas de la subred, apoyar implementación de historia clinica sistematizada garantizando suplir las necesidades de registro de las terapeutas, programar y organizar las capacitaciones correspondientes a cada historia clinica 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 asistio a reuniones de acreditación, actas de las reuniones y trabajos.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: $2.606.418

Flortes Ro

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.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1016037329	CINDY TATYANA CORTES ROMERO	CALLE 20 B 104 - 43	4130827	tatianacortes_0608@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2018-12	2018-12	I		32059352	$325.900	

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	166.900	0	0	0	0	13	1.600	0	168.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

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

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	130.400	131.700
Pensión	1	166.900	168.500
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

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

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1016037329	CINDY TATYANA CORTES ROMERO		CALLE 20 B 104 - 43	4130827	tatianacortes_0608@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C	BOGOTÁ, D.C		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2018-12	2018-12	I		32059352	$325.900	

ALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
po	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
C	1016037329	CORTES ROMERO CINDY TATYANA	59	0			N																	230201	1.042.567	166.900	0	0	0	0	EPS008	1.042.567	130.400	14-28	1.042.567	3	25.400		0	0	0	0	0	0	0

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