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 aprobación	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		TORRES VARGAS ROSA L UCIA											
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E		NO.		51,852,326					
CORREO ELECTRONICO:						CELULAR:		3057135002					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						OCCIDENTE DE KENNEDY- T INTAL							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		SALUD MENTAL HOSPITAL DIA NNA				SEDE:		Kennedy					
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 BANCARIA		4270183371						PENSIONADO	NO				

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	ADICIÓN 2055-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5 DE 5				
NÚMERO DE CDP	962	FECHA	28-05-18	NÚMERO DE CRP	25423	FECHA	31-05-18				
OBJETO DEL CONTRATO:	FONOAUDIOLOGA										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	6	2018		30	6	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.901.414										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%									

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$14.507.070
VALOR EJECUTADO	$14.507.070
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.901.414
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8327749772	$1.160.565,60	$145.071	$185.690	3	$28.271	**$359.033**

Dado en Bogotá a los días del mes de Junio del año Dos Mil diecisiete(2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Rosa Lucia Torres Vargas

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:	04-02-FO-0003	

Unidad de Servicios de Salud:	USS KENNEDY	Ubicación del Servicio:	Salud mental Hospital día NNA	Sede:	Sede: KENNEDY
No. De Contrato:	ADICIÓN 2055-2018	Periodo certificado desde el	Día 1 / Mes 6 / Año 18	a	Día 30 / Mes 6 / Año 18
Nombre del Contratista:	ROSA LUCIA TORRES VARGAS	C. C.	51.852.326	De	BOGOTA

OBJETO DEL CONTRATO: FONOAUDIOLOGA

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___X_ NO ____ Servicios: SI _x__ NO _____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Brindar servicios de evaluacion, diagnostico y tratamiento a pacientes de consulta externa y hospital dia que presenten alteraciones de la conducta, el aprendizaje y el estado mental.	100%	Evaluación a pacientes pertenecientes al programa hospital día que presenten alteraciones de la conducta, el aprendizaje y el estado mental	Reporte anexado a la historia clinica
2. Realizar anamnesis con los familiares de los pacientes atendidos en el Hospital Día.	100%	Entrevista inicial a padres o acudientes del usuario. Apertura de la historia clínica.	Reporte anexado a la historia clinica
3. Participar en los programas educativos y asistenciales en los que interviene el servicio.	100%	Elaboracion de talleres y programas educativos de hospital dia	firma de asistencia de padres de familia
4. Elaborar registros clínicos y estadísticos diario, mensual, trimestral y anual.	100%	Realizar y enviar por correo, documento de datos relacionados con la estadística de atención del servicio según formato indicado.	Consolidado mensual de actividades tanto magnetico como fisico
5. Desarrollar todas las actividades que sean acordes con el objeto del contrato, en coordinacion con el interventor del mismo.	100%	se desarrollan actividades acordes al objeto del contrato	Reporte anexado a la historia clinica
6. Respetar los derechos del paciente y cumplir el codigo de etica medica y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados, tanto en servicios ambulatorios, como en urgencias y hospitalización.	100%	Se respetaron los derechos del paciente de acuerdo al codigo etico y disposiciones legales vigentes	Reporte anexado a la historia clinica
7. Participar en las actividades clinicas, docentes, investigativas y o administrativas en las cuales en hospital requiera de su intervencion	100%	se participo en las actividades clinicas, docentes e investigativas que el servicio requirio.	Reporte anexado a la historia clinica
8. Participar en las actividades terapeuticas y recreativas como reuniones de familia y salidas extramurales.	100%	Reunion a padres, pautas de manejo en casa.	Listado de asistencia y planes caseros
9. Participar en los casos clínicos del equipo y presentar informe del mismo.	100%	Gestión de mecanismos de apoyo para el programa con talleres a padres.	Reporte anexado a la historia clinica
10. Realizar intervenciones individuales y grupales en las áreas sensoriomotora, cognitiva, perceptual, lenguiaje y psicosocial.	100%	Se realizo terapia individual y grupal	Reporte anexado a la historia clinica
11. Responder y resarcir en forma oportuna al usuario y entes de control ante los requerimientos interpuestos por	100%	Respuesta escrita a los requirimeitnos impuestos por el usario	Formato de respuesta de quejas.
12. Llenar a cabalidad los formatos de historias clínicas, de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoría y el manual de historias clínicas de la institución, respaldando toda actuación con su forma y sello.	100%	Diligenciamiento de historias clinicas en su totalidad con firma y sello	Reporte anexado a la historia clinica

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2,901,414 (Dos millones novecientos un mil cuatrocientos catorce)

NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTAROSA LUCIA TORRES VARGAS
CEDULA DEL CONTRATISTA 51852326
ACTIVIDAD DEL CONTRATISTA FFONOAUDIOLOGA

FIRMA LIDER DE SUBPROCESO O SERVICIO

FIRMA DEL SUPERVISOR
NOMBRE DEL SUPERVISOR
CARGO DEL SUPERVISOR

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Señor(a): ROSA LUCIA TORRES VARGAS
No. Identificación: CC 51852326
Dirección: CLL 49A 72 26 APT 202
Teléfono: 1234567 **Fax:** 4101901
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8327749772

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	ROSA LUCIA TORRES VARGAS
Tipo y Número de Identificación	CC 51852326
Número Planilla	8327749772
Fecha de Pago	6/7/2018
Número de Autorización de Pago	52050903
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Junio 2018
Periodo Cotización Pensión	Junio 2018
Periodo Cotización Caja	Junio 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$359.100
Total interes Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$28.300	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$185.700	1
EPS044	MEDIMAS EPS SAS	$145.100	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 51852326
APELLIDOS Y NOMBRES TORRES VARGAS ROSA LUCIA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS044	25-14	0	1.160.566	1.160.566	1.160.566	0	145.100	185.700	28.300	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

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

PAGADO 52050903

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



PAGO DE FACTURAS

PILA BF

NUM APROBACION:52850303

NUM REFERENCIA:6000008632[illegible]

NUM IDENTIFICACION:51852326

PERIODO: 2018-06

FECHA EFECTIVA:2018-06-06

VALOR: 359.100

[illegible] 17:23:28

157-16049571-018

771306-360819-544622-769260-48

CONSERVE ESTE TIQUETE ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A: A SU UNIVERSAL.

AGT 10144 CLR 8948158

04111802-824315