

		CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA		Versión: 3 Fecha de aprobación: 15/02/2018 Código: 04-02-FO-0002	
---	--	--	--	--	--

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA										INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA:									
NOMBRE DEL CONTRATISTA: CONSUELO PERDOMO MEDINA										TIPO DE DOCUMENTO: C.C. X C.E. NO. 55.159.335									
CORREO ELECTRONICO: conperdomo@gmail.com										UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:									
UBICACIÓN DEL SERVICIO: TERAPIA RESPIRATORIA										SEDE: BOSA									
CENTRO DE COSTOS: BO35M07 100										CENTRO DE COSTOS: % Centro de costo % Centro de costo % Centro de costo									
ENTIDAD FINANCIERA: DAVIVIENDA										TIPO DE CUENTA: AHORROS									
NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 457070104148										PENSIONADO: NO									
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										N° DE CONTRATO Y VIGENCIA: 3087 - 2019									
N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 1 DE 3										NÚMERO DE CDP: 165									
FECHA: 17/01/2019										NÚMERO DE CRP: 14732									
FECHA: 31/01/2019										OBJETO DEL CONTRATO:									
PERIODO CERTIFICADO:										DESDE:									
DIA: 1 MES: 2 AÑO: 2019										HASTA:									
DIA: 28 MES: 2 AÑO: 2019										VALOR HONORARIOS MENSUALES:									
ASISTENCIAL										RESERVA DE GLOSA 2%									
TIPO DE SERVICIOS										OBSERVACIONES: SE REALIZARON 168 HORAS POR UN VALOR HORA DE \$16535 PARA UN TOTAL DE \$ 2,777,880									
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO										VALORES									
CONCEPTO										VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:									
VALOR EJECUTADO										VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA									
VALOR A LIBERAR										SALDO POR EJECUTAR									
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN										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 \$ 2,070,290 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.										Dado en Bogotá a los (28) días del mes de FEBRERO del año Dos Mil Diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente.									
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:										NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:									

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión: 2 Fecha de aprobación: 03/04/2017 Código: 04-02-FO-0003		AL CALDA MARCORA DE BOGOTÁ D.C.	
UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD BOSA		Sede: BOSA		No. DE CONTRATO: 3087 DE 2019	
Período certificado desde el		Día: 1 Mes: 2 Año: 2019		C. C. 55.159.335 DE 28 2 2019	
UBICACIÓN DEL SERVICIO:					
NO. DE CONTRATO: 3087 DE 2019					
NOMBRE DEL CONTRATISTA: CONSUELO PERDOMO MEDINA					
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 TERAPÉUTA RESPIRATORIO 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		PROGRAMADO		ACTIVIDADES REALIZADAS	
Prestar los servicios profesionales como Terapeuta Respiratoria, aplicando las normas establecidas por la institución, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como principio rector.		SI		Se realiza atención de pacientes y consulta programada	
Participar en la elaboración, actualización y divulgación de los protocolos de manejo de su área y cumplir con la respectiva adherencia.		NA		No aplica para este mes.	
Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones riesgasas para la población y notificar eventos adversos.		SI		Se realiza vigilancia epidemiológica en situaciones de notificación	
Diligenciar de forma adecuada, clara, legible y oportuna de la Historia Clínica y sus soportes de acuerdo a las normas legales vigentes por cada paciente atendido respaldando su atención con la firma y sello.		SI		Elaboración de formatos de Historia Clínica para cada consultante y paciente manejado en terapia respiratoria.	
Cumplir con las actividades contempladas como normas de bioseguridad, manejo adecuado de residuos hospitalarios.		SI		Se realiza actividades de autocontrol, autoregulación y autogestión en las actividades desarrolladas	
Reportar accidentes de trabajo de manera inmediata. Reportar accidentes de trabajo de manera inmediata.		SI		Se realiza diariamente, el cual facilitara la adecuada ejecución y cumplimiento de las actividades	
Recibir y entregar turno con la presentación adecuada, utilizando los elementos de protección personal requeridos y de acuerdo con la programación establecida.		SI		Se recibe oportunamente turno y se entrega en el horario establecido con la presentación adecuada, utilizando los elementos de protección personal requeridos y de acuerdo con la programación establecida.	
OBSERVACIONES:		TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$2,777,880 Dos millones setecientos setenta y siete mil ochocientos ochenta pesos m/cte			
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.		Fecha: 28/02/2019 Firma de recibido supervisor:			

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): CONSUELO PERDOMO MEDINA

No. Identificación: CC55159335

Dirección: CRA 99 14 78 APT 204 TRR 2

Teléfono: 4628085

Correo: CONYPEME@YAHOO.COM

Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

Número de Planilla: 8332628493

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CONSUELO PERDOMO MEDINA
Tipo y número de identificación	CC55159335
Número de planilla	8332628493
Fecha pago	2019-02-11
Número de autorización pago	80220569
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	enero de 2019
Periodo de Cotización Pensión	enero de 2019
Número de Administradoras	4
Total Pagado	371200
Total Intereses de Mora	1100

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	27500	1
230301	Porvenir	180300	1
CCF24	Compensar Caja de Compensación Filiar	22600	1
EPS008	Compensar EPS	140800	1

TIPO DOC:

NO. DOCUMENTO:

APELLIDOS Y NOMBRES:

CC

55159335

CONSUELO PERDOMO MEDINA

Cód. EPS	IBC	IBC	IBC	IBC	IBC	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	1123128	1123128	1123128	1123128	140400	0	179800	0	27400
0										