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	3
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NIRIYETH LAVERDE AMADO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1022972973							
CORREO ELECTRONICO:	niyireth.amadof@hotmail.com				CELULAR:	3057001958							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					CAPS ZONA FRANCA (F008) , USS LA ESTACION								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GESTIÓN CLINICA AMBULATORIA (CAPS ZONA FRANCA)F008				SEDE:	Fontibon							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO08M06	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	BBVA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	959043589								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3160-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1	
NÚMERO DE CDP	165	FECHA	17/01/19	NÚMERO DE CRP	14799	FECHA	31/01/19
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO FISIOTERAPEUTA ,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 FONTIBÒN, de acuerdo a las necesidades de la Institución.						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	2	2019		28	2	2019
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	VALOR HORA $14.853							
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:	$8.287.974
VALOR EJECUTADO	$2.762.658
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.762.658
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$5.525.316
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	33%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **minimo** 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 minimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8488750042	$1.030.874,00	$128.859	$164.940	3	$25.112	**$318.911**

Dado en Bogotá mes de FEBRERO del año 2019. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

NIRIYETH LAVERDE AMADO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS

Version	2
Fecha de aprobacion	31/03/2017
Codigo	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR

Ubicación del Servicio: ZONA FRANCA — **Sede:** USS FONTIBON

No. DE CONTRATO: 3160-2019 — **Periodo certificado desde el**

Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
1	2	2019		28	2	2019

NOMBRE DEL CONTRATISTA: NIYIRETH LAVERDE AMADO — **C. C.** 1022972973 **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 FISIOTERAPEUTA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ NO ___ **Servicios** SI X NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Evaluar, diagnosticar y brindar tratamientos de rehabilitación a niños y adultos con disfuncionalidades fisicas e identificar los riesgos que se generan como consecuencia de factores ambientales, neuropsicologicos, organo funcionales o geneticos	si	Se valoraron pacientes tanto adultos como niños, en consulta externa y en cami l donde se diagnosticaron alteraciones musculoesqueleticas, osteomusculares y neuromusculares según el caso particular de cada paciente	Se cumplio con la atención de la agenda del mes programaada durante todo el mes.
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	Al realizar las valoracion del mes de mayo hallé alteraciones temporales y/o permanentes suceptibles de atencion en rehabilitacion, brindando la atencion oportuna para evitar secuelas de discapacidades.	Se cumplio con evaluar, orientar y dar recomendaciones Fisioterapeuticas a los pacientes que lo requirueron.
Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la historia clinica dando cumplimiento a la resolución 1995 de 1999	si	Ejecuté de manera completa y legible la historia clinica deacuerdo a la normatividad	Se cumplio con la ejecución completa de la Historia Clinica de los pacientes atendidos en el mes
Realizar informe de gestión mensual y hacer entrega oportuna de los mismos a la respectiva área.	si	Se llevo a cabalidad con los informes mensuales y se proporcionaron oportunamente a apoyo diagnostico y terapeutico	Se realizo informe mensual correspondiente al mes
Realizar la referencia y contrarreferencia para continuar tratamiento cuando sea necesario, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud y de acuerdo con las normas que la regulan.	si	Se gestiona referencia y contrarreferencia tanto interna como externa según sea el caso de cada paciente dando cumplimiento a la estrategia de las redes según las normas vigentes	Se realizo de forma oportuna las referencias y contrarreferencias e n los casos que fueron pertinentes
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la institución	si	Se llevo a cabo el cumplimiento con las normas, procedimientos, manuales y guias establecidos por la institución	Al realizar las valoraciones de los pacientes correspondientes del mes de octubre se cumplio con la oportunidad de las guias según patologia.
Evaluar, diagnosticar y brindar tratamientos de rehabilitación a niños y adultos con disfuncionalidades fisicas e identificar los riesgos que se generan como consecuencia de factores ambientales, neuropsicologicos, organo funcionales o geneticos	si	Se explico a los usuarios de manera adecuada el consentimiento informado y plan casero deacuerdo a su patologia	Se cumplio explicando al ususrio el consentimiento informado y haciendo entrega al plan casero, dependiendo la patologia.
Todas las demas actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato	si	se atendieron de manera integral a los paciente de terapia fisica a nivel de consulta externa y en hospitalizacion en cami l	Se cumplio realizando atención al usuario de manera integral pacientes de Terapia Fisica
Alimentar constantemente todos los sistemas de información que estan a su cargo y mantenerlos al día	si	Realizacion diaria y permantente de los sistemas de información como planillas de desinfeccion, planilla de temperatura, alistamento y mantenimiento de papeleria de mas funciones correspondientes	S e cumplio diligenciando diariamente planillas de desinfeccion, planilla de temperatura, alistamento y mantenimiento de papeleria de mas funciones correspondientes
Demas actividades concernientes con el cargo	si	Asistencia a la reunion de programada mensual con la coordinacion de Apoyo Diagnostico y Terapeutico	Se cumplio ya que se asistio a reuniones programadas durante el mes.
Participar activa y proactivamente en todas las actividades programadas por la institucion en el proceso de acreditacion para el mejoramiento continuo de la entidad	si	Asistencia completa a las reuniones de Acreditacion y ULGS programadas por la institucion para dar cumplimiento al mejoramiento continuo de la institucion	Participe activamente en las reuniones program,adas por la coordinación del servicio

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR : $2.762.658

CONTRATISTA: NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL Niyireth Laverde Amado.

Fecha dd-mm-aaaa Firma de recibido

supervisor

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022972973		LAVERDE AMADO NIYIRETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 5 # 25a-36 barrio veraguas	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-01	2019-01	80795140	8488750042	I	2019/02/18	2019/02/11	BANCO DE OCCIDENTE	0	$319,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																			
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																			
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																			
1	CC 1022972973	LAVERDE NIYIRETH							X										
Total	Afiliados(1)																		

	PENSION				SALUD				CCF			
	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)			$1,030,874	$165,000			$1,030,874	$128,900			$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)			$1,030,874	$165,000			$1,030,874	$128,900			$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)			$1,030,874	$165,000			$1,030,874	$128,900			$0	$0
1	25-14	30	$1,030,874	$165,000	EPS037	30	$1,030,874	$128,900		0	$0	$0
Total Afiliados(1)			$1,030,874	$165,000			$1,030,874	$128,900			$0	$0

	RIESGOS				PARAFISCALES				
	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)			$1,030,874	$25,200		$0	$0		$319,100
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)			$1,030,874	$25,200		$0	$0		$319,100
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)			$1,030,874	$25,200		$0	$0		$319,100
1	14-11	30	$1,030,874	$25,200	0	$0	$0	No	$319,100
Total Afiliados(1)			$1,030,874	$25,200		$0	$0		$319,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022972973		LAVERDE AMADO NIYIRETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 5 # 25a-36 barrio veraguas	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-01	2019-01	80795140	8488750042	I	2019/02/18	2019/02/11	BANCO DE OCCIDENTE	0	$319,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$165,000	$0	$0	$165,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$165,000	$0	$0	$165,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$25,200	$0	$0	$25,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$25,200	$0	$0	$25,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$128,900	$0	$0	$128,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$128,900	$0	$0	$128,900
TOTAL				1	$319,100	$0	$0	$319,100