

	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	

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	%
		M06	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		2	
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 FONTIBÓN, de acuerdo a las necesidades de la Institución.					

PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			1	3	2019		31	3	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	\$5.748.111 ✓
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2.985.453
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$2.539.863 ✓
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	69%

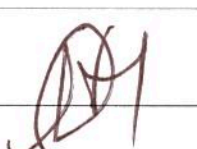
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8490143976	\$1.196.106,00	\$149.513	\$191.377	\$3	\$29.137	\$370.027

Dado en Bogotá mes de marzo 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
---	--

Ubicación del Servicio:		ZONA FRANCA		Sede: USS FONTIBON			
No. DE CONTRATO:		3160-2019		Periodo certificado desde el		Día Mes Año	
				1 3 2019		a 31 3 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 ☐ SI ☐ NO ☐ Servicios SI ☒ NO ☐							
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO		ACTIVIDADES REALIZADAS		PRODUCTOS ENTREGADOS	
Evaluar, diagnosticar y brindar tratamientos de rehabilitación a niños y adultos con disfuncionalidades físicas e identificar los riesgos que se generan como consecuencia de factores ambientales, neuropsicológicos, órgano funcionales o genéticos		si		Se valoraron pacientes tanto adultos como niños, en consulta externa y en camil 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 programada durante todo el mes.	
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		Al realizar las valoración del mes de mayo hallé alteraciones temporales y/o permanentes susceptibles de atención en rehabilitación, brindando la atención oportuna para evitar secuelas de discapacidades.		Se cumplio con evaluar, orientar y dar recomendaciones Fisioterapeutas a los pacientes que lo requirieron.	
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 de acuerdo 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 físicas e identificar los riesgos que se generan como consecuencia de factores ambientales, neuropsicológicos, órgano funcionales o genéticos		si		Se explico a los usuarios de manera adecuada el consentimiento informado y plan casero de acuerdo a su patologia		Se cumplio explicando al usuario 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 camil.		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		Realización diaria y permanente de los sistemas de información como planillas de desinfección, planilla de temperatura, alistamento y mantenimiento de papeleria de mas funciones correspondientes		S e cumplio diligenciando diariamente planillas de desinfección, planilla de temperatura, alistamento y mantenimiento de papeleria de mas funciones correspondientes	
Demás actividades concernientes con el cargo		si		Asistencia a la reunión de programada mensual con la coordinación 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 institución en el proceso de acreditación para el mejoramiento continuo de la entidad		si		Asistencia completa a las reuniones de Acreditación y ULGS programadas por la institución para dar cumplimiento al mejoramiento continuo de la institución		Participe activamente en las reuniones program,adas por la coordinación del servicio	
OBSERVACIONES: TOTAL HORAS EN CAPS ZONA FRANCA 201							
TOTAL A PAGAR :		\$2.985.453					
CONTRATISTA:				Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:			
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL							

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1022972973		LAVERDE AMADO NYIRETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cdl 5 # 25a-36 barrio veraguas	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor		
2019-02	97923772	8490143976	I	2019/03/18	2019/03/13	0	\$370,200		
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES									
EMPLEADO									
No.	Identificación	Nombre	Ingresos	Retenciones	Exoneraciones	Exoneraciones	Exoneraciones	Exoneraciones	Exoneraciones
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)									
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)									
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)									
1	CC 1022972973	LAVERDE NYIRETH							
Total	Afiliados: 1								

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1022972973		LAVERDE AMADO NYIRETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cdl 5 # 25a-36 barrio veraguas	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor		
2019-02	97923772	8490143976	I	2019/03/18	2019/03/13	0	\$370,200		

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)									
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$191,400	\$0	\$0	\$191,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)									
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$29,200	\$0	\$0	\$29,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)									
NUOVA E.P.S.	EP5037	900,156,264	2	1	\$149,600	\$0	\$0	\$149,600	
TOTAL				1	\$370,200	\$0	\$0	\$370,200	