

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE
PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR
TESORERÍA**

Versión
Fecha de
aprobación
Código:

3
15/02/2018
04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				CONSUELO PERDOMO MEDINA											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C.	X	C.E.	NO.		55.159.335						
CORREO ELECTRONICO:								CELULAR:		3115187718					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				USS BOSA											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				TERAPIA RESPIRATORIA				SEDE:		BOSA					
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		BO35M07	100												
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															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				3087 - 2019				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				3 DE 3			
NÚMERO DE CDP		165		FECHA		17/01/2019		NÚMERO DE CRP		14732		FECHA		31/01/2019	
OBJETO DEL CONTRATO:				Terapeuta Respiratoria en la Subred Integrada de Servicios en Salud Suroccidente E.S.E											
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO		
						1	4	2019			30	4	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2.976.300											
TIPO DE SERVICIOS		ASISTENCIAL		RESERVA DE GLOSA 2%											
OBSERVACIONES: SE REALIZARON 180 HORAS POR UN VALOR HORA DE \$16535 PARA UN TOTAL DE \$ 2,976,300															
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO															
CONCEPTO										VALORES					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:										\$9.524.160					
VALOR EJECUTADO										\$8.730.480					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA										\$2.976.300					
VALOR A LIBERAR										\$0					
SALDO POR EJECUTAR										\$793.680					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN										92%					
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:															
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> 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									
8333827717	\$1.198.080	\$149.800	\$191.700	3	\$29.200	\$370.700									
Dado en Bogotá a los (30) días del mes de ABRIL del año Dos Mil Diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,															
 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



Ubicación del Servicio:	UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD BOSA	Sede: BOSA
No. DE CONTRATO:	3087 DE 2019	Periodo certificado desde el
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CONSUELO PERDOMO MEDINA	C. C. 55.159.335 DE BOGOTÁ

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 TERAPEUTA RESPIRATORIO de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
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	Registrado en la Historia Clínica de los pacientes atendidos en el presente mes
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.	NA
Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones riesgosas para la población y notificar eventos adversos.	SI	Se realiza vigilancia epidemiológica en situaciones de notificación	Se toma la muestras de Bordetella y se comunica a epidemiología para su envío a SDS.
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.	Registrado en la Historia Clínica de los pacientes atendidos en el presente mes
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	Se siguen protocolos institucionales.
Reportar accidentes de trabajo de manera inmediata. Reportar accidentes de trabajo de manera inmediata.	SI	Se realiza diariamente, el cual facilitará la adecuada ejecución y cumplimiento de las actividades	No Aplica. No hubo accidentes ni incidentes en el presente mes.
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.	Registrado en el Formato entrega de turno

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 2.976.300 Dos millones novecientos setenta y seis mil trescientos pesos m/cte

 CONSUELO PERDOMO MEDINA C.C. 55159335 COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:	Fecha: 30/04/2019 Firma de recibido supervisor:
--	---

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

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO /

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:



Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Marzo 2019
Periodo Cotización Pensión	Marzo 2019
Periodo Cotización Caja	Marzo 2019
Número de Administradoras	4
Total Pagado	\$384.700
Total Interés Mora	\$0

[illegible]

TIPO DOC.:		CG								
NO. DOCUMENTO:		55159335								
APELLIDOS Y NOMBRES		PERDOMO MEDINA CONSUELO								
COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS00A	230301	0	1.198.080	1.193.080	1.198.080	1.198.080	149.800	191.700	29.200	0

TIPO DOC.:										
NO. DOCUMENTO:										
APELLIDOS Y NOMBRES										
COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD