

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

Versión: 2
Fecha de aprobación: 31/03/2017
Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		LILIANA PATRICIA RIOS NARVAEZ													
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E	NO.		63503448								
CORREO ELECTRONICO:		lilianapatriciarios@yahoo.com				CELULAR:		3166933369							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:															
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		PAPS ESTACION				SEDE:		Pablo VI							
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		PA29M06	100												
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		20265797034				PENSIONADO		No							
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		3105 de 2019				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		PAGO 4 DE 4							
NÚMERO DE CDP		501		FECHA		10/04/2019		NÚMERO DE CRP		21208		FECHA		30/04/2019	
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de rehabilitación dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E, de acuerdo al requerimiento institucional.													
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO				
				1	5	2019			31	5	2019				
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$3.492.528													
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%		NA									
OBSERVACIONES:															
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO															
CONCEPTO										VALORES					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:										\$13.970.112					
VALOR EJECUTADO										\$13.970.112					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA										\$3.492.528					
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 <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2070290, 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									
8491845174	\$1.398.000,00	\$225.200	\$223.700	3	\$34.100	\$483.000									
Dado en Bogotá a los (31) días del mes de MAYO del año Dos Mil Diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,															
 ALBA EDITH LOPEZ LOPEZ NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:										 LILIANA PATRICIA RIOS NARVAEZ 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:	PAPS ESTACION		Sede: PABLO VI						
No. DE CONTRATO:	3105 de 2019	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	5	2019		31	5	2019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LILIANA PATRICIA RIOS NARVAEZ		C. C.	63.503.448			DE	BUCARAMANGA	
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de rehabilitación dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.									
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ☒ NO ☐ Servicios: SI ☐ NO ☐									
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS					PRODUCTOS ENTREGADOS		
1. Valorar integralmente los pacientes remitidos a paquetes de estimulación adecuada y de rehabilitación funcional realizando el estudio de caso de acuerdo a los lineamientos y normatividad vigente.	SI	1. Valorar integralmente los pacientes remitidos a paquetes de estimulación adecuada y de rehabilitación funcional realizando el estudio de caso de acuerdo a los lineamientos y normatividad vigente.					Registro en historia clínica		
2. Valorar integralmente los pacientes remitidos de las EPS'S por evento según especialidad requerida.	SI	2. Valorar integralmente los pacientes remitidos de las EPS'S por evento según especialidad requerida.					Registro en historia clínica		
3. Valorar integralmente a los pacientes particulares según especialidad solicitada.	SI	3. Valorar integralmente a los pacientes particulares según especialidad solicitada.					Registro en historia clínica		
4. Realizar informe mensual con el análisis de los indicadores propios del Gimnasio.	SI	4. Realizar informe mensual con el análisis de los indicadores propios del Gimnasio.					Medio magnetico		
5. Realizar el correcto diligenciamiento de la historia clínica para los diferentes servicios.	SI	5. Realizar el correcto diligenciamiento de la historia clínica para los diferentes servicios.					Registro en historia clínica		
6. Asistir y participar activamente en los espacios para actualización y fortalecimiento de competencias como UAT, ULC, y otras reuniones.	SI	6. Asistir y participar activamente en los espacios para actualización y fortalecimiento de competencias como UAT, ULC, y otras reuniones.					ACTAS		
7. Responder por el cumplimiento de las metas institucionales asignadas a sus actividades y/o plan de acción del servicio.	SI	7. Responder por el cumplimiento de las metas institucionales asignadas a sus actividades y/o plan de acción del servicio.					Registro en historia clínica		
8. Entrega oportuna de los soportes para la facturación de la línea según actividades realizadas.	SI	8. Entrega oportuna de los soportes para la facturación de la línea según actividades realizadas.					Registro en historia clínica		
9. Utilizar de manera racional los recursos asignados a la prestación del servicio.	SI	9. Utilizar de manera racional los recursos asignados a la prestación del servicio.					Aplicacion de manual de calidad en la institucion		
10. Aplicar los procesos, subprocesos y procedimientos definidos en el Manual de Calidad de la Institución.	SI	10. Aplicar los procesos, subprocesos y procedimientos definidos en el Manual de Calidad de la Institución.					Aplicacion de manual de calidad en la institucion		
11. Aplicar los procedimientos definidos en la Guía Integrada del Gimnasio y los instructivos propios de cada especialidad.	SI	11. Aplicar los procedimientos definidos en la Guía Integrada del Gimnasio y los instructivos propios de cada especialidad.					Registro en historia clínica		
12. Realizar la prestación de los servicios en el marco de los convenios y planes de beneficios	SI	12. Realizar la prestación de los servicios en el marco de los convenios y planes de beneficios					Registro en historia clínica		
13. Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar.	SI	13. Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar.					Actas, Plan de mejora		
14. Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas	SI	14. Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas					Registro en historia clínica		
15. Las demás que le sean solicitadas y afines con el objeto contractual.	SI	15. Las demás que le sean solicitadas y afines con el objeto contractual.					Atencion a usuarios según convenios		
OBSERVACIONES:									
TOTAL A PAGAR (Número y letras): (\$3492528=) (TRES MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL QUINIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/C)									
Fdo. <i>Liliana Patricia Rios Narvaez</i> NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LILIANA PATRICIA RIOS NARVAEZ CC: 63503448					Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: <i>Xlva Edith bpa</i>				
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.									

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENIA e ICBF
CC 63503448		RÍOS MARVEZ LUJANA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diag 36 N 30-40	SOACHA, CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Días Mora	Valor
Pensión Salud	57024247	1	2019/05/13	2019/05/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$483,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO										NOVEDADES									
No.	Identificación	Nombre	Identificación	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido
SUCURSAL PRINCIPAL (2 Afiliados)																			
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (2 Afiliados)																			
1	CC 63503448	RÍOS LUJANA	2020/01	30	\$1,398,000	\$223,700	\$1,398,000	\$1,398,000	\$223,700	\$1,398,000	\$1,398,000	\$223,700	\$1,398,000	\$1,398,000	\$223,700	\$1,398,000	\$1,398,000	\$223,700	\$1,398,000
2	CC 109873427	VÁSQUEZ DILAN	2020/01	30	\$1,398,000	\$223,700	\$1,398,000	\$1,398,000	\$223,700	\$1,398,000	\$1,398,000	\$223,700	\$1,398,000	\$1,398,000	\$223,700	\$1,398,000	\$1,398,000	\$223,700	\$1,398,000
Total Afiliados (2)					\$2,796,000	\$447,400	\$2,796,000	\$2,796,000	\$447,400	\$2,796,000	\$2,796,000	\$447,400	\$2,796,000	\$2,796,000	\$447,400	\$2,796,000	\$2,796,000	\$447,400	\$2,796,000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										PENSION									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENIA e ICBF	No	Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENIA e ICBF	No
CC 63503448		RÍOS MARVEZ LUJANA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diag 36 N 30-40	SOACHA, CUNDINAMARCA	5555555			Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENIA e ICBF	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Días Mora	Valor
Pensión Salud	57024247	1	2019/05/13	2019/05/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$483,000

RESUMEN DE PAGO

CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORSA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)			1	\$223,700	\$0	\$0	\$223,700
PROTECCION	230201	0	1	\$223,700	\$0	\$0	\$223,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)			1	\$34,100	\$0	\$0	\$34,100
ARL SURSA	14-11	5	1	\$34,100	\$0	\$0	\$34,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)			2	\$223,200	\$0	\$0	\$223,200
SANITAS	EPS005	6	2	\$223,200	\$0	\$0	\$223,200
TOTAL			1	\$483,000	\$0	\$0	\$483,000