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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SHIRLEY BIBIANA MESA RUBIO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52484619							
CORREO ELECTRONICO:	sisimy79@hotmail.com				CELULAR:	3202077735							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	CAPS ZONA FRANCA (F008)												
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:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	475000067680								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3167-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4			
NÚMERO DE CDP	501	FECHA	2019-04-10	NÚMERO DE CRP	21268	FECHA	30/04/19			
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	5	2019		31	5	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.762.658									
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:	$11.050.632
VALOR EJECUTADO	$11.050.632
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.762.658
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 **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
1020773478	$1.152.593,00	$144.074	$184.415	$3	$28.077	**$356.566**

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

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

SHIRLEY BIBIANA MESA RUBIO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	ZONA FRANCA			**Sede: USS FONTIBON**						
No. DE CONTRATO:	**3167-2019**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	5	2.019		31	5	2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**SHIRLEY BIBIANA MESA RUBIO**		**C. C.**	52484619			**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 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 I 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 cumpliocon 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 Julio 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 I.	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 reuinion 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 ULC 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

Shirley Bibiana Mesa Rubio
52484619

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SHIRLEY BIBIANA MESA RUBIO

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido

supervisor:

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2019-05-13, 09:05:51 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1020773478 **Referencia pago(PIN)** 8813388050

Periodo Cotización 201904 **Periodo Servicio** 201904

Cliente:

PAGADA 2019-05-09

DATOS DEL APORTANTE

azón Social	SHIRLEY BIBIANA MESA RUBIO				
ocumento	CC 52484619	**Dirección**	CLL 38 A SUR 72 K 17		
po de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3202077735		
po Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
iudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
epresentante Legal		**Identificación**			

DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52484619		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					MESA RUBIO SHIRLEY BIBIANA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades															Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días PENS	Días EPS	Días ARP	Días CCF			Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
				X										0	30	30	30	30			23/1001		16 %	$ 1.057.534	$ 169.300	$ 0	$ 0	EPS017		12.5 %	$ 1.057.534	$ 132.200	$ 0	14-11	3	2.436 %	$ 1.057.534	$ 25.800	CCF24	2 %	$ 1.057.534	$ 21.200	0 %	$ 0	0 %	$ 0

.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 169.300	$ 0	$ 0	$ 132.200	$ 25.800	$ 21.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 348.500

neas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!