| 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 | 2/15/2018 | |
| | | 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 - 4038286 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | A T FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN USS 51 ZONA FRANCA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO08M06 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 475000067680 | | | | PENSIONADO | NO | |

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 3004 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 1356 | FECHA | 2024-05-30 10:50:48.000 | NÚMERO DE CRP | 31731 | FECHA | 2024-05-31 21:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | FISIOTERAPEUTA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-05-01 | | 2024-05-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $3,313,962 | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 0% | | N/A | | | |

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: | $13,255,848 |
| VALOR EJECUTADO | $13,255,848 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,313,962 |
| 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 $2.194,507 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% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 10163663305 | $1,325,585 | $165,698 | $212,094 | 3 | $32,291 | $410,083 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
52619353
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia certificada Subred Suroccidente

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| 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 | Se valoraron pacientes tanto adultos como niños, en consulta externa o donde se diagnosticaron alteraciones musculoesqueléticas, osteomusculares y neuromusculares según el caso particular de cada paciente | Se cumplió 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 | Se valoraron pacientes tanto adultos como niños, en consulta externa y en cami I donde se diagnosticaron alteraciones musculoesqueléticas, osteomusculares y neuromusculares según el caso particular de cada paciente | Se cumplió con la atención de la agenda del mes programada durante todo el mes |
| Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la historia clínica dando cumplimiento a la resolución 1995 de 1999 | Ejecuté de manera completa y legible la historia clínica de acuerdo a la normatividad. | Se cumplió con la ejecución completa de la Historia Clínica de los pacientes atendidos en el mes |
| Realizar informe de gestión mensual y hacer entrega oportuna de los mismos a la respectiva área | Se llevo a cabalidad con los informes mensuales y se proporcionaron oportunamente a apoyo diagnostico y terapéutico | 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. | 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. | Se llevo a cabo el cumplimiento con las normas, procedimientos, manuales y guías establecidos por la institución | Al realizar las valoraciones de los pacientes correspondientes del mes asegúrate actualización bp prevención de caídas - bp ulceras por presión |
| Revisión de agendas de citas de su programación con el fin de informar al supervisor cualquier novedad que afecte la producción | Se informa y se revisa las agendas de programación de servicios | Se notifica a la líder sobre los cambios y estados de las programaciones de los servicios |
| Cumplir con el estándar de rendimiento óptimo de su servicio realizando estrategias como reemplazo de inasistencias | Se Cumple con el estándar de rendimiento óptimo de su servicio realizando | Remplazo de inasistencias |
| Alimentar constantemente todos los sistemas de información que están de acuerdo a su perfil y mantenerlos al día | Realización diaria y permanente de los sistemas de información como planillas de desinfección, planilla de temperatura, alistamiento y mantenimiento de papelería de mas actividades correspondientes | Se cumplió diligenciando diariamente planillas de desinfección, planilla de temperatura, alistamiento y mantenimiento de papelería de mas actividades correspondientes |
| participar activamente en las capacitaciones a las que sea asignado. | Asistencia completa a las reuniones de Acreditación , programadas por la institución para dar cumplimiento al mejoramiento continuo de la institución | Participe activamente en las reuniones programadas por la coordinación del servicio |
| Uso adecuado del bata y carné según lineamiento institucional, Incluye el cumplimiento de la estrategia " Quítate la Bata" al salir del consultorio, en el contexto de seguridad del paciente. | Se cumple con el uso de bata y carne según lineamiento institucional | Se cumplió con el uso de bata y carne según lineamiento institucional |
| Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y o acciones de calidad, oportunidad o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. | No se genera glosas | NO APLICA |
| En caso de presentarse un caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta informar al supervisor del contrato. | No se presento este mes | NO APLICA |
| Desarrollo de competencias de trato humanizado con los usuarios y compañeros de trabajo. | Se tiene un trato humanizado con los usuarios y compañeros de trabajo. | Se tiene un trato humanizado con los usuarios y compañeros de trabajo. |
| Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato | Asistencia a la Reunión de programada mensual con la coordinación | Se cumplió ya que se asistió a reuniones programadas durante el mes |

Copia Controlada Subred Suroccidente

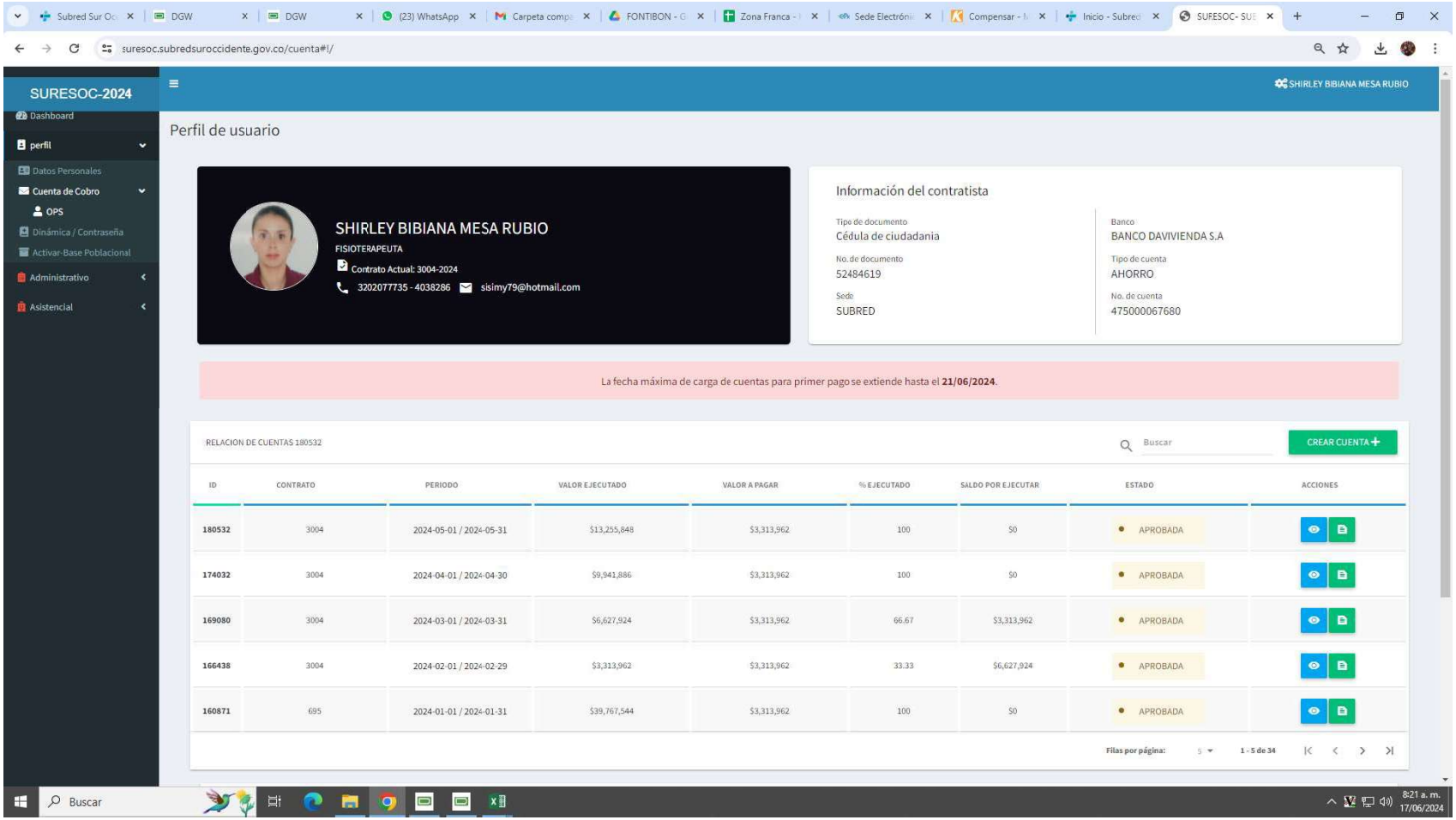
LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
52619353
Supervisor

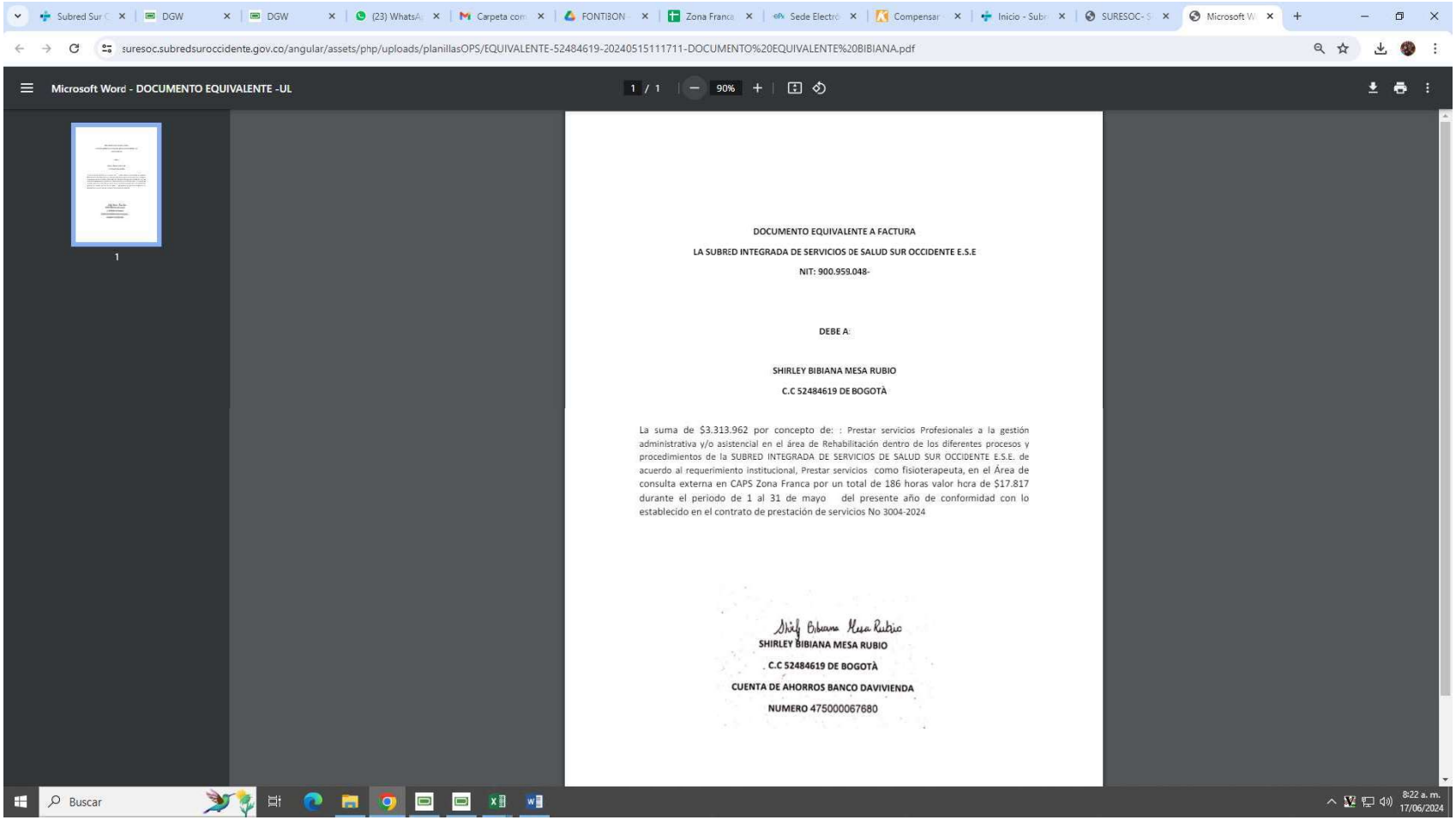
---

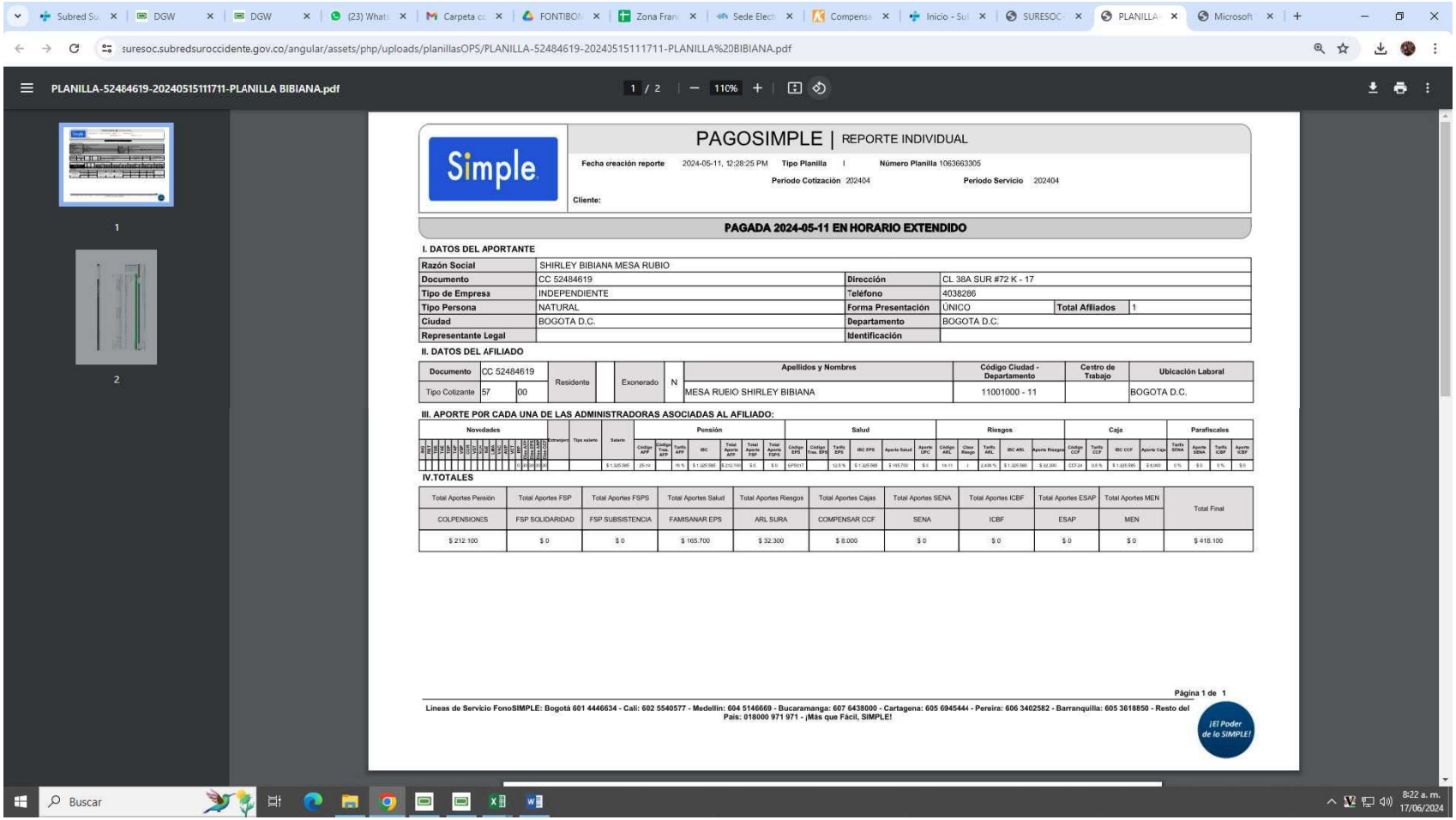
Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente


suresoc.subredsuroccidente.gov.co/cuenta#!/
SURESOC-2024
Dashboard
perfil
Datos Personales
Cuenta de Cobro
OPS
Dinámica / Contraseña
Activar-Base Poblacional
Administrativo
Asistencial
SHIRLEY BIBIANA MESA RUBIO
Perfil de usuario
SHIRLEY BIBIANA MESA RUBIO
FISIOTERAPEUTA
Contrato Actual: 3004-2024
3202077735 - 4038286
sisimy79@hotmail.com
Información del contratista
Tipo de documento
Cédula de ciudadania
No. de documento
52484619
Sede
SUBRED
Banco
BANCO DAVIVIENDA S.A
Tipo de cuenta
AHORRO
No. de cuenta
475000067680
La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el 21/06/2024.
RELACION DE CUENTAS 180532
Buscar
CREAR CUENTA
ID
CONTRATO
PERIODO
VALOR EJECUTADO
VALOR A PAGAR
% EJECUTADO
SALDO POR EJECUTAR
ESTADO
ACCIONES
180532 3004 2024-05-01 / 2024-05-31 $13,255,848 $3,313,962 100 $0 APROBADA
174032 3004 2024-04-01 / 2024-04-30 $9,941,886 $3,313,962 100 $0 APROBADA
169080 3004 2024-03-01 / 2024-03-31 $6,627,924 $3,313,962 66.67 $3,313,962 APROBADA
166438 3004 2024-02-01 / 2024-02-29 $3,313,962 $3,313,962 33.33 $6,627,924 APROBADA
160871 695 2024-01-01 / 2024-01-31 $39,767,544 $3,313,962 100 $0 APROBADA
Filas por página: 5
1 - 5 de 34
Buscar
8:21 a. m.
17/06/2024


suresoc.subredsuroccidente.gov.co/angular/assets/php/uploads/planillasOPS/EQUIVALENTE-52484619-20240515111711-DOCUMENTO%20EQUIVALENTE%20BIBIANA.pdf
Microsoft Word - DOCUMENTO EQUIVALENTE -UL
1 / 1
90%
1
DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-
DEBE A:
SHIRLEY BIBIANA MESA RUBIO
C.C 52484619 DE BOGOTÀ
La suma de $3.313.962 por concepto de: : 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, Prestar servicios como fisioterapeuta, en el Área de consulta externa en CAPS Zona Franca por un total de 186 horas valor hora de $17.817 durante el periodo de 1 al 31 de mayo del presente año de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3004-2024
Shirley Bibiana Mesa Rubio
SHIRLEY BIBIANA MESA RUBIO
C.C 52484619 DE BOGOTÀ
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 475000067680
Buscar
8:22 a. m.
17/06/2024


suresoc.subredsuroccidente.gov.co/angular/assets/php/uploads/planillasOPS/PLANILLA-52484619-20240515111711-PLANILLA%20BIBIANA.pdf
PLANILLA-52484619-20240515111711-PLANILLA BIBIANA.pdf
1 / 2
110%
1
2
PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL
Fecha creación reporte 2024-05-11, 12:28:25 PM Tipo Planilla I Número Planilla 1063663305
Periodo Cotización 202404 Periodo Servicio 202404
Cliente:
PAGADA 2024-05-11 EN HORARIO EXTENDIDO
I. DATOS DEL APORTANTE
Razón Social SHIRLEY BIBIANA MESA RUBIO
Documento CC 52484619
Tipo de Empresa INDEPENDIENTE
Tipo Persona NATURAL
Ciudad BOGOTA D.C.
Representante Legal
Dirección CL 38A SUR #72 K - 17
Teléfono 4038286
Forma Presentación ÚNICO
Total Afiliados 1
Departamento BOGOTA D.C.
Identificación
II. DATOS DEL AFILIADO
Documento CC 52484619
Residente
Exonerado N
Apellidos y Nombres
Código Ciudad - Departamento
Centro de Trabajo
Ubicación Laboral
Tipo Cotizante 57 00
MESA RUEIO SHIRLEY BIBIANA
11001000 - 11
BOGOTA D.C.
III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:
Novedades
Pensión
Salud
Riesgos
Caja
Parafiscales
Tipo salario
Salario
$ 1.325.980
25-14
16 %
$ 1.325.980
$ 212.100
$ 0
$ 0
EPS017
12.5 %
$ 1.325.980
$ 165.700
$ 0
14-11
1
2.44 %
$ 1.325.980
$ 32.300
CCF24
0.6 %
$ 1.325.980
$ 8.000
0 %
$ 0
0 %
$ 0
IV.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
COLPENSIONES
FSP SOLIDARIDAD
FSP SUBSISTENCIA
FAMISANAR EPS
ARL SURA
COMPENSAR CCF
SENA
ICBF
ESAP
MEN
$ 212.100
$ 0
$ 0
$ 165.700
$ 32.300
$ 8.000
$ 0
$ 0
$ 0
$ 0
$ 416.100
Página 1 de 1
Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!
¡El Poder de lo SIMPLE!
Buscar
8:22 a. m.
17/06/2024