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 |
| Fecha de aprobación | 15/02/2018 |
| Código: | 04-02-FO-0002 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | DERLY YANIRA CARRILLO GONZALEZ | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | x | C.E | | NO. | 52103607 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | derlycarrillog@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3002130106 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | CAPS ZONA FRANCA FO08 | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PROCESO GESTION CLINICA AMBULATORIA (CAPS ZONA FRANCA) FO08 | | | | SEDE: | Fontibon | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | FO08A01 | 100% | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 6680253983 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 3168-2019 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 10 | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1495 | FECHA | 29/10/2019 | NÚMERO DE CRP | 49176 | FECHA | 31/10/2019 | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO FONOAUDIOLOGO ,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 | 11 | 2019 | | 30 | 11 | 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: | $25.532.307 |
| VALOR EJECUTADO | $25.532.307 |
| **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8698704651 | $1.105.063,00 | $138.133 | $176.810 | 3 | $26.919 | **$341.862** |

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

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DERLY YANIRA CARRILLO GONZALEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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 | 3/04/2017 |
| Código: | 04-02-FO-0003 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA D.C.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ubicación del Servicio: | ZONA FRANCA | | | | | Sede: USS fontibon | | | | |
| No. DE CONTRATO: | 3168-2019 | Periodo certificado desde el | Dia | Mes | Año | a | Dia | Mes | Año | |
| | | | 1 | 11 | 2.019 | | 30 | 11 | 2.019 | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | DERLY YANIRA CARRILLO GONZALEZ | | C. C. | | 52.103.607 | | 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 Fonoaudiologa de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Atender la consulta de Terapia del Lenguaje de acuerdo a la agenda programada | SI | Se realizo la atención oportuna y puntual a los pacientes de consulta externa programados en la agenda mensual. | registro de historia clinica diligenciada de manera oportuna |
| 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 | se hallaron alteraciones temporales o permanentes suceptibles de atención en rehabilitación, brindando atención oportuna, disminuyendo el riesgo a la instauración de dispacidad. | registro de deteccion de alteraciones permanentes o temporales en historia clinica |
| Realizar el diagnóstico y proyectar el plan de tratamiento de cada paciente. | SI | Se realizo el diagnóstico y en base a este se realizó el plan de tratamiento de cada paciente. Teniendo en cuenta las guias clinicas estandarizadas, en los pacientes de consulta externa | resgistro de diagnostico y plan de tratamiento oportuno en la historia clinica |
| Explicar al paciente y su familia el diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico del caso, además de mantener informado sobre la evolución del mismo | SI | Se dio a conocer a cada paciente y sus familias el diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico del casorealizando el diligenciamiento del consentimiento informado y socializando el plan casero especifico para la patologia. | registro de entrega del plan casero, plan de tratamiento y pronostico a familiares o paciente |
| Ingresar los datos y evolución del paciente en la Historia clínica, cumpliendo cabalmente con lo ordenado en la Resolución 1995 de 1999. | SI | Se diligenció de manera completa, legible y oportuna la historia clinica de acuerdo con la normatividad | registro de historia clinica completa y oportuna de acuerdo con la normativa |
| Realizar informe de gestión mensual y hacer entrega oportuna de los mismos a la respectiva área. | SI | Se realizó el informe de gestión mensual con información veridica, y se proporcionaron oportunamente al lider del proceso | elaboración y entrega oportuna de informe de gestión |
| Contribuir en la revisión periodica de las normas y guias técnicas manteniéndolas actualizadas de acuerdo con los avances y al desarrollo del plan de salud y sus programas. | SI | Se realizo la revision de las normas y guias técnicas actualizadas, con el fin de establecer indicadores de cumplimiento de objetivos para el servicio. | se cuenta con las guias de tratamiento actualizadas |
| Realizar la referencia y contrarreferencia cuando se requiera, dentro de la estrategia de redes de servicio de salud y de acuerdo con las normas que la regulan. | SI | se realizo el diligenciamiento de la referencia y contrarreferencia cuando fue requerida, cumpliendo con la estrategia de las redes deacuerdo con la normatividad vigente. | registro de referencia y contrareferencia cuand fue requerida |
| Participar activa y proactivamente en todas las actividades programadas por la institución en el proceso de Acreditación, que apuntan al mejoramiento continuo de la Entidad. | SI | Se asisitio a la reunión de area programada mensualemente en compañia con el lider del proceso con le fin de analizar el funcionamiento del proceso, las tareas, recomendaciones entre otros con el fin de insentivar el mejoramiento continuo de la institución. | reunion de area con acompañamiento del lider en donde se trabajaron las tareas pendientes |

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR $2.762.658

NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

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.

# RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| CC 52103607 | 0 | DERLY YANIRA CARRILLO GONZALEZ | I | 0 | ARL SURA - 14-11 | .. ÚNICA | 0090 | Natural |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | EMAIL | | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 11-1 | CL 6B No 70B 60 | | 8107093 | | derlycarrillog@hotmail.com | | | N |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERIODO PENSIÓN | PERIODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERES X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
| 2019-10 | 2019-10 | 8651292868 | I | 2019-11-05 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 348.800 | 0 | Banco Occidente |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LIMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 1 de 1 | 8698704651 | 2019-11-05 | Pagada | | | | | | | |

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | DIAS | | | | PENSIÓN | | | | | SALUD | | | CCF | | | RIESGOS | | TARIFA | PARAF | SENA | ICBF | ESAP | MIN | | | Total | Exento de Parafiscales |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N | ID | EMPLEADO | SALARIO | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | EPST | AFP1 | AFP | EPS | CCF | ARL | NOMBRE | IBC | Cot | FNSOL | FNSUS | NOMBRE | IBC | Cot | NOMBRE | IBC | Cot | IBC | Cot. | ARL | IBC | Cot. | Cot. | Cot. | Cot. | Cot. | Tipo Cot. | Sub. Tipo Cot. | | |
| 1 | CC 52103607 | CARRILLO GONZALEZ DERLY YANIRA | 1.105.064 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 30 | 30 | COTIZACION 8-25-14 | 1.105.064 | 176.900 | 0 | 0 | COMPENSAR EPS-EPS005 | 1.105.064 | 158.200 | COMPENSAR CCF24 | 1.105.064 | 6.700 | 1.105.064 | 27.000 | 0.02436 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 59 | 0 | 348.800 | N |

# RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| CC 52103607 | 0 | DERLY YANIRA CARRILLO GONZALEZ | I | 0 | ARL SURA - 14-11 | ÚNICA | 0090 | Natural |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | | EMAIL | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 11-1 | CL 69 No 70B 60 | | 8107093 | | | derlycarrillog@hotmail.com | | N |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERIODO PENSION | PERIODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERES X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
| 2019-10 | 2019-10 | 8651298966 | I | 2019-11-05 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 348.800 | 0 | Banco Occidente |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LIMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 1 de 1 | 6696704651 | 2019-11-05 | Pagada | | | | | | | |

| TOTALES IBC | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IBC PENSIÓN | IBC SALUD | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | IBC PARAF |
| 1.105.064 | 1.105.064 | 1.105.064 | 1.105.064 | 0 |

| SUBSISTEMA | CÓDIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | VALOR UPC | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP(Administradoras: 1) | | | | 1 | 176.900 | 0 | 0 | 0 | 176.900 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900336004 | 7 | 1 | 176.900 | 0 | 0 | 0 | 176.900 |
| EPS(Administradoras: 1) | | | | 1 | 138.200 | 0 | 0 | 0 | 138.200 |
| COMPENSAR-EPS | EPS008 | 860066942 | 7 | 1 | 138.200 | 0 | 0 | 0 | 138.200 |
| ARP(Administradoras: 1) | | | | 1 | 27.000 | 0 | 0 | 0 | 27.000 |
| ARL SURA | 14-11 | 890903790 | 5 | 1 | 27.000 | 0 | 0 | 0 | 27.000 |
| CCF(Administradoras: 1) | | | | 1 | 6.700 | 0 | 0 | 0 | 6.700 |
| COMPENSAR-CCF | CCF24 | 860066942 | 7 | 1 | 6.700 | 0 | 0 | 0 | 6.700 |
| Gran Total | | | | | 348.800 | 0 | 0 | 0 | 348.800 |