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:			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			11			
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA				
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 FONTIBÒN, de acuerdo a las necesidades de la Institución.									
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
			1	12	2019		31	12	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:	$28.294.965
VALOR EJECUTADO	$28.294.965
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
8601268579	$1.105.063,00	$138.133	$176.810	3	$26.919	**$341.862**

Dado en Bogotá en el mes de Diciembre (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

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	3/04/2017
Código	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	ZONA FRANCA					**Sede: USS fontibon**				
No. DE CONTRATO:	3168-2019	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	12	2.019		31	12	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 normalividad	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 gestiòn
Contribuir en la revisión periodica de las normas y guías 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 compañía 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 CÉDULA 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
2019-11	2019-11	8601268579	I	2019-12-02	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	2019-12-03	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	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.		
1	CC 52103607	CARRILLO GONZALEZ DERLY YANIRA	1.105.064																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.105.064	176.900	0	0	COMPENSAR -EPS-EPS008	1.105.064	138.200	COMPENSAR CCF24	1.105.064	6.700	1.105.064	27.000	0,02436	0	0	0	0	0	59	0	348.800	N

ASOPAGOS s.a.

RESUMEN PLANILLA PAGADA

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
2019-11	2019-11	8601268579	I	2019-12-02	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	2019-12-03	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