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:	Francy Yinet Fabra Villarraga						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1032483946	
CORREO ELECTRONICO:	francyinet07@gmail.com				CELULAR:	3007523522	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	A T FISIOTERAPIA Y REHABILITACION USS TINTAL				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE13M06	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	488402225608				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3019			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	1922	FECHA	2024-08-30 15:03:55.000	NÚMERO DE CRP	55158	FECHA	2024-08-31 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	FISIOTERAPEUTA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-09-01		2024-09-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,904,171				
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:	$28,596,285
VALOR EJECUTADO	$23,233,368
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,904,171
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$5,362,917
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	81%

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
1065904867	$1,161,668	$145,209	$185,867	3	$28,298	$359,374

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

LARITZA JASMELA ESCARRAGA BUSTOS
1012323609
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
1) Realizar Los Procedimientos, Actividades E Intervenciones Diagnósticas Y Terapéuticas Para El Manejo De Patologías Establecidas Dentro Del Plan Integral De Atención De Cada Paciente.	Realizar Un Análisis De Acuerdo A Las Necesidades De Los Usuarios Y Su Plan De Intervención, Mediante Una Valoración Integral De Cada Uno De Los Pacientes Que Son Remitidos Al Servicio De Fisioterapia Para La Rehabilitación Integral Y Habilitación Funcional.	Registro En Historia Clinica
2) Ejecución Del Plan Individual De Habilitación/Rehabilitación, Relacionadas Con Las Actividades Individuales Y/O Grupales Definidas Para El Usuario Ambulatorio U Hospitalizado Y De Acuerdo A Las Características Del Servicio.	Realizar Un Análisis De Acuerdo A Las Necesidades De Los Usuarios Y Su Plan De Intervención Para Su Proceso De Habilitación/Rehabilitación.	Registro En Historia Clinica
3) Cumplir Con Las Exigencias Legales Y Éticas Para El Adecuado Manejo De Los Registros Clínicos De Los Pacientes.	Realizar El Adecuado Y Correcto Diligenciamiento De Los Formatos De Las Historias Clínicas Del Servicio.	Registro En Historia Clinica
4) Participación En Las Actividades De Revista, Análisis De Casos Clínicos Con El Fin De Evaluar Y En Caso De Ser Necesario Ajustar El Plan Individual De Habilitación/Rehabilitación Del Usuario Ambulatorio U Hospitalizado.	Participar Y Asistir Activamente De Los Procesos De Actualización Y Fortalecimiento Actividades De Revista, Análisis De Casos Clínicos Para Evaluar Ajustar El Plan Individual De Habilitación/Rehabilitación Del Usuario.	Actas , Registro En Historia Clinica
5) Informar Al Usuario, Su Familia O Cuidador Las Actividades Que Debe Seguir, Al Inicio De Su Proceso De Habilitación/Rehabilitación Y Posterior A La Ejecución Del Plan De Intervención O Su Egreso.	Informar De Manera Clara Al Usuario, Su Familia O Cuidador El Tratamiento O Plan De Intervención Que Debe Seguir, Al Inicio De Su Proceso De Habilitación/Rehabilitación Y Su Egreso.	Consentimiento Informado, Registro En Historia Clinica
6) Llevar registro De La Atención De Las Actividades E Intervenciones, Así Como Mantener Actualizados Los Informes Estadísticos Definidos Por La Subred Y Todos Aquellos Registros Necesarios Para El Cumplimiento De Los Procesos De Costos Y Facturación.	Realizar Un Informe Mensual Con Los Análisis Y Objetivos Previstos Del Servicio De Fisioterapia.	Informe Cumplimientos De Objetivos
7) Participar En La Programación De Las Actividades De La Subred.	Participar Y Asistir Activamente De Los Procesos De Actualización Y Fortalecimiento UAT, ULC, ULG, Conversatorios Y Demás Reuniones.	Actas, Listados De Asistencia
8) Reportar Los Eventos De Notificación Obligatoria Con La Oportunidad Establecida En La Normatividad Vigente.	Reportar Los Eventos De Notificación Obligatoria, Aplicar Los Procesos, Subprocesos Y Procedimientos Definidos En El Manual De Calidad De La Institución.	Reporte De Eventos, Notificación, Aplicación Del Manual De Calidad En La Institución.
9) Notificar Las Fallas De Calidad Que Se Presenten En El Servicio, Participar En Los Análisis A Los Que Sea Convocado E Implementar Las Acciones De Mejora Definidas Para El Servicio.	Notificar Las Fallas De Calidad Que Se Presenten En El Servicio, Aplicar Los Procesos, Subprocesos Y Procedimientos Definidos En El Manual De Calidad De La Institución.	Reporte De Eventos, Notificación, Aplicación Del Manual De Calidad En La Institución.
10) Impartir Instrucciones Al Personal Relacionado Con El Manejo De Los Pacientes.	NO APLICA	NO APLICA
11) Diligenciar En Forma Adecuada Los Formatos O Instrumentos Propios De Su Actuar Con Criterios De Legibilidad, Oportunidad E Integralidad.	Realizar El Adecuado Y Correcto Diligenciamiento De Las Historias Clínicas Del Servicio.	Registro En Historia Clinica
12) Realizar Las Intervenciones Al Usuario Acorde Con Sus Responsabilidades Dentro Del Servicio.	Realizar Las Intervenciones A Los Usuarios Según Las Necesidades De Cada Uno Con Su Plan De Tratamiento Y Sus Recomendaciones.	Registro En Historia Clinica
13) Informar Al Paciente Y Su Familia Sobre Su Condición, Plan De Manejo Y Atención.	Brindar La Informacion Corespondiente A Paciente Y Familiar Sobre Su Condición De Salud Y Plan De Manejo.	Registro En Historia Clinica
14) Participación En La Actualización E Implementación De Guías De Manejo, Protocolos Y Procedimientos Requeridos En El Servicio.	Asistir Y Participar Activamente De Los Procesos De Actualización Y Fortalecimiento, Guías De Manejo, Protocolos Y Procedimientos Requeridos En El Servicio.	Actas, Listados de Asistencia
15) Informar Las Dificultades Surgidas En El Desarrollo Del Proceso De Habilitación/ Rehabilitación Del Usuario, Así Como Los Insumos, Materiales Y Equipos Necesarios Para El Desarrollo De Las Actividades.	Realizar La Correcta Notificación Y Reporte De Los Eventos Por Aplicativo Y AL Líder Del Centro De Salud, Según Las Necesidades	Reporte De Eventos, Notificación, Aplicación Del Manual De Calidad En La Institución.
16) Registrar Las Actividades Realizadas, De Acuerdo Con El Sistema De Información Del Servicio, Para Consolidar La Producción Mensual Del Area.	Realizar El Adecuado Y Correcto Diligenciamiento De Las Historias Clinicas Del Servicio.	Registro En Historia Clinica

Copia Controlada Subred Sur Occidente

17) Participación En Investigación Que Permitan Conocer Y Plantear Nuevas Alternativas De Diagnóstico E Intervención De Los Usuarios.	Asistir Y Participar Activamente De Los Procesos De Actualización Y Fortalecimiento, Conocer Y Plantear Nuevas Alternativas De Diagnóstico E Intervención De Los Usuarios.	Actas, Listados De Asistencia
18) Realizar Supervisión De Los Contratos Para Los Que Sea Designado.	NO APLICA	NO APLICA
19) Apoyar El Cumplimiento De Las Normas Del Sistema Obligatorio De Garantía De La Calidad Según Requerimientos De La Subred Sur Occidente.	Realizar Los Ejericicos y/o Actividades Que Nos Implementan De Autocontrol, Autoregulación Y Autogestión En Las Actividades Desarrolladas.	Aplicación Del Manual De Calidad En La Institución.
20) Elaborar Informe Mensual Sobre El Desarrollo Y Avance De Sus Actividades Y Entregar Las Al Supervisor Del Contrato Para La Certificación De Cumplimiento Del Contrato.	Realizar Un Informe Mensual Con Los Analisis Y Objetivos Previstos Del Servicio De Fisioterapia	Informe Cumplimientos De Objetivos

LARITZA JASMELA ESCARRAGA BUSTOS
1012323609
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

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-09-16, 12:42:44 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	agosto de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	agosto de 2024
Empresa	FRANCY YINET FABRA VILLARRAGA
CEDULA CIUDADANIA	CC 1032483946
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1065904867
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	917125215
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 411.700
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 208.000	$ 800
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	$ 162.500	$ 600
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 31.700	$ 200
N860013570	CCF21	CAFAM	1	$ 7.800	$ 100

SubTotales:	$ 410.000	$ 1.700
Total a Pagar:		$ 411.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

FRANCY YINET FABRA VILLARRAGA

C.C 1.032.483.946 DE BOGOTÁ

La suma de $ 2.904.171 por concepto de: Prestación de servicios asistenciales en el área de rehabilitación como profesional en Fisioterapia en la Subred Integrada de servicios de salud Sur Occidente E.S.E en el centro de salud USS TINTAL durante el periodo de 1 al 30 de Septiembre 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3019 – 2024.

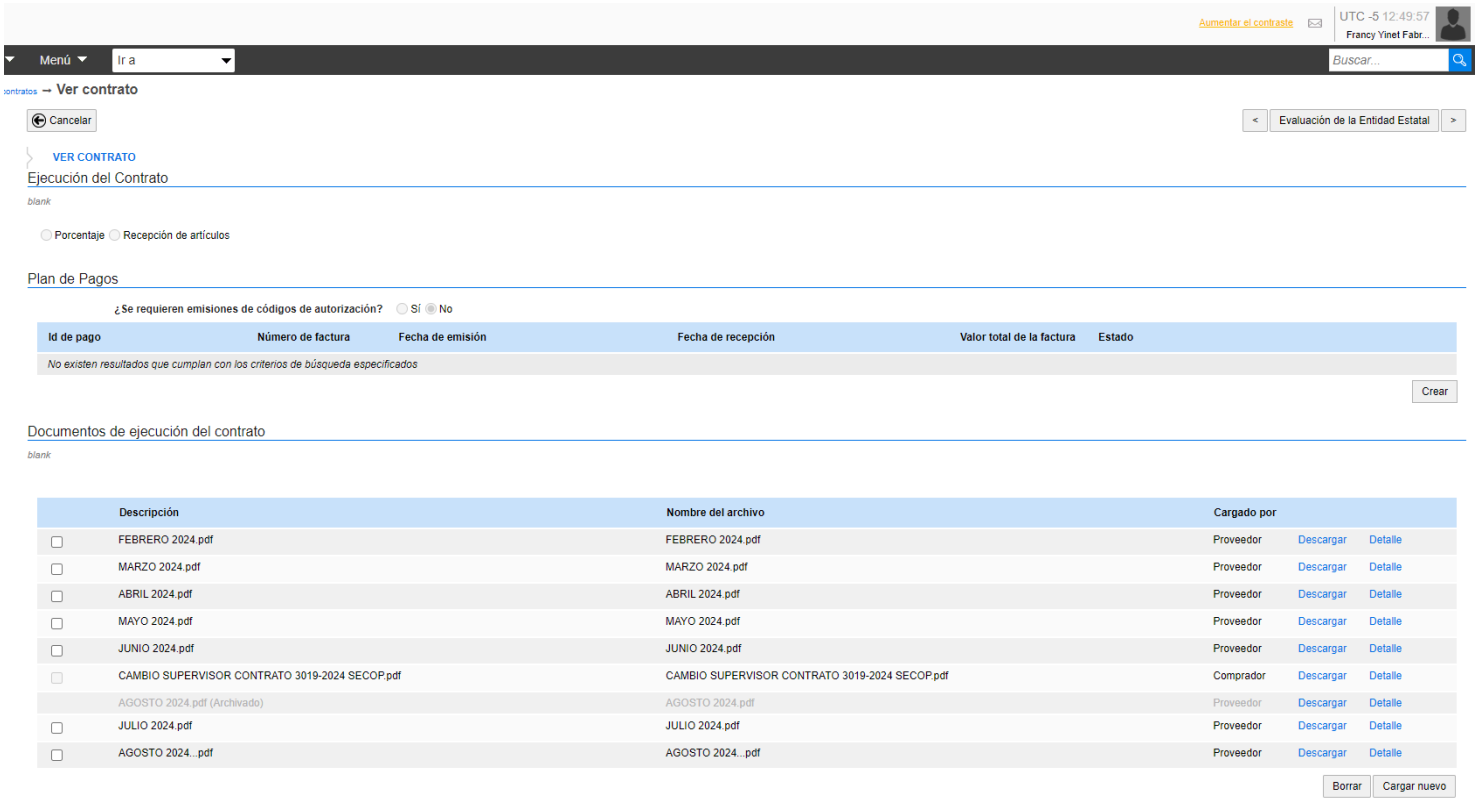


FRANCY YINET FABRA VILLARRAGA

C.C. 1.032.483.946 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 488402225608


Aumentar el contraste
UTC -5 12:49:57
Francy Yinet Fabr...
Menú
Ir a
Buscar...
ontratos → Ver contrato
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
blank
Porcentaje Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No
Id de pago Número de factura Fecha de emisión Fecha de recepción Valor total de la factura Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
blank
Descripción Nombre del archivo Cargado por
FEBRERO 2024.pdf FEBRERO 2024.pdf Proveedor Descargar Detalle
MARZO 2024.pdf MARZO 2024.pdf Proveedor Descargar Detalle
ABRIL 2024.pdf ABRIL 2024.pdf Proveedor Descargar Detalle
MAYO 2024.pdf MAYO 2024.pdf Proveedor Descargar Detalle
JUNIO 2024.pdf JUNIO 2024.pdf Proveedor Descargar Detalle
CAMBIO SUPERVISOR CONTRATO 3019-2024 SECOP.pdf CAMBIO SUPERVISOR CONTRATO 3019-2024 SECOP.pdf Comprador Descargar Detalle
AGOSTO 2024.pdf (Archivado) AGOSTO 2024.pdf Proveedor Descargar Detalle
JULIO 2024.pdf JULIO 2024.pdf Proveedor Descargar Detalle
AGOSTO 2024...pdf AGOSTO 2024...pdf Proveedor Descargar Detalle
Borrar
Cargar nuevo