66856

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:	INGRID PAOLA BAUTISTA RONDON												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52909970							
CORREO ELECTRONICO:	lunalunita1728@hotmail.com				CELULAR:	3114467478							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	USS NUEVAS DELICIAS				SEDE:	Pablo VI							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	PA15M07	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	20394354792								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3134-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		9 DE 9				
NÚMERO DE CDP	1284	FECHA	20/09/2019	NÚMERO DE CRP	44411	FECHA	30/09/2019			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo en la gestion como **EDUFISICA** dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución.									
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO		
		1	10	2019		31	10	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.064.567									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA							

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$18.581.103
VALOR EJECUTADO	$18.581.103
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.064.567
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
8497624751	828.116	103.600	132.500	3	20.200	**256.300**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de Octubre del año Dos Mil Diesinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

INGRID BAUTISTA RONDON

INGRID PAOLA BAUTISTA RONDON

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. e Salud	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	USS NUEVAS DELICIAS										
							Sede: PABLO VI				
No. DE CONTRATO:	3134-2019	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	10	2.019		31	10	2.019		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	INGRID PAOLA BAUTISTA RONDON		C. C.		52.909.970		DE	BOGOTA			

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo en la gestión como EDUCADOR FISICO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Realizar estiramientos y rutina de calentamiento en la USS Delicias.	SI	Realizar estiramientos y rutina de calentamiento en la USS Delicias.	planillas para procedimiento y actividades grupales aau-u01u-di-ft-333
2. Realizar manejo y apoyo al Mantenimiento del muro de escalar.	SI		informe mensual sobre verificacion del muro de escalar que se encuentre en buen estado para su funcionamiento diario
3. Realizar reflexión a usuarios mediante el uso de un diario de escalada.	SI	Realizar reflexión a usuarios mediante el uso de un diario de escalada.	listado de asistencia de los usuarios que participan en la actividad del muro de escalar como actividad fisica, con el objetivo en la superacion de obstaculos y trazar metas en la vida.
4. Dar instrucciones y feed-back a los usuarios por parte del entrenador.	SI	Dar instrucciones y feed-back del entrenador.	asiste al gimnasio a relaizar actividad fisica para mejorar su bienestar fisico y mental, que durante la seccion se le hace retroalimentacion de los ejercicios realizados.
5. Realiza revisión de las maquinas del Gimnasio, reporte y apoyo en el mantenimiento de las mismas	SI	Realiza revisión de las maquinas del Gimnasio, reporte y apoyo en el mantenimiento de las mismas	informe mensual sobre verificación de los elementos y equipos del gimnasio que se encuentren para su funcionamiento y uso.
6. Realizar talleres Deportivos: Desarrollo de actividades físicas en baloncesto, futbol, voleibol, ping pong, y demás deportes que sean requeridos.	SI	Desarrollo de actividades físicas en baloncesto, futbol, voleibol, ping pong, y demás deportes que sean requeridos.	listados de asistencia de los usuarios que participan en los jurgos deportivos realizados en el parque, mejorarando su condicion

7. Realizar talleres de Educación Experiencial: Juegos Educativos que fortalezcan las capacidades grupales y de autoconfianza, cine foros, videojuegos, teatro, baile, y demás actividades artístico-culturales que puedan realizarse a lo largo de fases del paquete de tratamiento de SPA.	SI	Se realiza Juegos Educativos que fortalezcan las capacidades grupales y de autoconfianza, cine foros, videojuegos, teatro, baile, y demás actividades artístico-culturales que puedan realizarse a lo largo de fases del paquete de tratamiento de SPA.	listados de asistencia de los usuarios que participan en las activdades y eventos realizados en el gimnasio , para mejorar su proceso de rehabilitacion.
8. Realizar talleres de entrenamiento y fortalecimiento muscular: uso adecuado de las máquinas y elemento del gimnasio.	SI	Realizar talleres de entrenamiento y fortalecimiento muscular: uso adecuado de las máquinas y elemento del gimnasio.	listados de asistencia de los usuarios que exiten al gimnasio a realizar actividad fisica para mejorar su bieneatr fisico y mental
9. Realizar talleres educativos entorno a la salud ambiental: Agricultura Urbana, autocuidado, higiene personal, promoción y prevención de enfermedades de ciudad.	SI	Realizar talleres educativos entorno a la salud ambiental: Agricultura Urbana, autocuidado, higiene personal, promoción y prevención de enfermedades de ciudad.	Informe mensual de los casos , enfermedades y diagnosticos con el grupo interdiciplinario y participar enlos talleres de apoyo de padres en el centro CAD Nuas Del icias
10. Participar activamente, en los estudios de caso de los usuarios de acuerdo a la necesidad Terapéutica.	SI	Participar activamente, en los estudios de caso de los usuarios de acuerdo a la necesidad Terapéutica.	listados de registro de llamadas realizadas a los usuarios
11. Realizar seguimiento a los usuarios asistentes del centro e inasistentes.	SI	Realizar séguimiento a los usuarios asistentes del centro e inasistentes.	listados de asistencia de los usuarios que participan en los termas en el proceso de educacion
12. Realizar apoyo en el proceso de información y educación en a usuarios, organización y entrega de soportes (Sala de Espera)	SI	Realizar apoyo en el proceso de información y educación en a usuarios, organización y entrega de soportes (Sala de Espera)	Se entrega mensualmente listados de asistencia de los usuarios que participan en la formacion
14. Educar al usuario en barreras de riesgo de caida	SI	se socializa barreras de riesgo de caida e identificacion de los mismos	CUMPLIR CON EL PROTOCOLO A DIARIO REQUERIDO POR LA INSTITUCION

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 2.064.567 DOS MILLOS SESENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/C

INGRID PAOLA BAUTISTA RONDON C.C. 52.909.970 : INGRID BAUTISTA RONDON

Fecha :31/10/2019 supervisor:

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

Resumen General de Pago

aportes en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52909970		BAUTISTA RONDON INGRID PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL D # 13 52 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2786448	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-09	2019-09	8497624751	8497624751	I	2019/10/17	2019/10/08	BANCO BOGOTA	0	$256,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$0	$0			$828,116	$20,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$0	$0			$828,116	$20,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$0	$0			$828,116	$20,200		$0	$0
1	CC	52909970	BAUTISTA INGRID	25-14	30	$828,116	$132,500	EPS023	30	$828,116	$103,600		0	$0	$0	14-11	30	$828,116	$20,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$0	$0			$828,116	$20,200		$0	$0

PLANILLA PAGADA