19409

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	%
	PA15-M06	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:	2129 - 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			12 de 12				
NÚMERO DE CDP	1990	FECHA	13/12/2018	NUMERO DE CRP	49413		FECHA	17/12/2018			
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP	9197		FECHA	01-15-19			
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	1	2019		31	1	2019			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.947.807										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$22.521.683
VALOR EJECUTADO	$21.549.780
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.947.807
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.947.807
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	96%

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 **$1.953.105**, 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
8487069112	781.242	97.700	125.000	3	19.100	**241.800**

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

CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ

INGRID BAUTISTA

INGRID PAOLA BAUTISTA RONDON

21.01.19

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	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:	2129 - 2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	1	2.019		31	1	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 verificación 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 Nyas 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 seguimiento 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): 1.947.807 UN MILLON NOVECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL OCHOSIENTOS SIETE PESOS M/C

INGRID BAUTISTA

INGRID PAOLA BAUTISTA RONDON C.C. 52.909.970 :_____

Fecha :31/01/2019 supervisor:_____

en línea

Resumen General de Pago

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
2018-12	2018-12	8487069112	8487069112	I	2019/01/18	2019/01/03	BANCO BOGOTA	0	$241,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$0**	**$0**			**$781,242**	**$19,100**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$0**	**$0**			**$781,242**	**$19,100**		**$0**	**$0**
1	CC 52909970	BAUTISTA INGRID	25-14	30	$781,242	$125,000	EPS023	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0	14-28	30	$781,242	$19,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$0**	**$0**			**$781,242**	**$19,100**		**$0**	**$0**

PAGADO

2019/01/03 10:00 AM

en línea

Resumen General de Pago

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
2018-12	2018-12	8487069112	8487069112	I	2019/01/18	2019/01/03	BANCO BOGOTA	0	$241,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$125,000	$0	$0	$125,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$0	$0	$19,100
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$19,100	$0	$0	$19,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$0	$0	$97,700
CRUZ BLANCA	EPS023	830,009,783	0	1	$97,700	$0	$0	$97,700
TOTAL				1	$241,800	$0	$0	$241,800

PAGADO

2019/01/03 10:00 AM