

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA		Versión	3	
			Fecha de aprobación	15/02/2018	
			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:				ynet0719@gmail.com				CELULAR:		3007523522			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				PAPS ESTACIÓN				SEDE:		PABLO VI			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		PA29M06	100										
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				488402225608						PENSIONADO		No	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																			
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				2286 - 2020		N° DE PAGOS DEL CONTRATO				6 DE 6									
NÚMERO DE CDP		574		FECHA		20/04/2020		NÚMERO DE CRP		23140		FECHA		30/04/2020					
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Participación y Servicio al ciudadano dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento Institucional.															
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA		MES		AÑO		HASTA		DIA		MES		AÑO	
						1		7		2020				31		7		2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:												\$1.433.874							
TIPO DE SERVICIOS				ASISTENCIAL				RESERVA DE GLOSA 0%				NO APLICA							

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$10.345.478
VALOR EJECUTADO	\$10.345.478
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.433.874
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

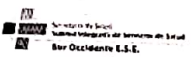
El Interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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 \$2.194.508, 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
1030929443	\$877.803,00	\$109.800	\$140.500	3	\$21.400	\$271.700

Dado en Bogotá a los 31 del mes de Julio del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:
 NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión	2
			Fecha de aprobación	03/04/2017
			Código	04-02-FO-0003
				

Ubicación del Servicio:	PAPS ESTACION		Sede: PABLO VI						
No. DE CONTRATO:	2286 DE 2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FRANCY YINET FABRA VILLARRAGA		1	7	2020		31	7	2020
			C. C.	1.032.483.946			DE	BOGOTÁ D.C.	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de rehabilitación dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E, de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ☒ NO ☐ Servicios: SI ☐ NO ☐

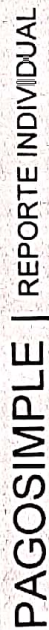
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Valorar integralmente los pacientes remitidos a paquetes de estimulación adecuada y de habilitación funcional realizando el estudio de caso de acuerdo a los lineamientos y normatividad vigente.	SI	1. Valorar integralmente los pacientes remitidos a paquetes de estimulación adecuada y de habilitación funcional realizando el estudio de caso de acuerdo a los lineamientos y normatividad vigente.	Registro en historia clínica
2. Valorar integralmente los pacientes remitidos de las EPS'S por evento según especialidad requerida.	SI	2. Valorar integralmente los pacientes remitidos de las EPS'S por evento según especialidad requerida.	Registro en historia clínica
3. Valorar integralmente a los pacientes particulares según especialidad solicitada.	SI	3. Valorar integralmente a los pacientes particulares según especialidad solicitada.	Registro en historia clínica
4. Realizar informe mensual con el análisis de los indicadores propios del Gimnasio.	SI	4. Realizar informe mensual con el análisis de los indicadores propios del Gimnasio.	Medio magnetico
5. Realizar el correcto diligenciamiento de la historia clínica para los diferentes servicios.	SI	5. Realizar el correcto diligenciamiento de la historia clínica para los diferentes servicios.	Registro en historia clínica
6. Asistir y participar activamente en los espacios para actualización y fortalecimiento de competencias como UAT, ULC, y otras reuniones.	SI	6. Asistir y participar activamente en los espacios para actualización y fortalecimiento de competencias como UAT, ULC, y otras reuniones.	ACTAS
7. Responder por el cumplimiento de las metas institucionales asignadas a sus actividades y/o plan de acción del servicio.	SI	7. Responder por el cumplimiento de las metas institucionales asignadas a sus actividades y/o plan de acción del servicio.	Registro en historia clínica
8. Entrega oportuna de los soportes para la facturación de la línea según actividades realizadas.	SI	8. Entrega oportuna de los soportes para la facturación de la línea según actividades realizadas.	Registro en historia clínica
9. Utilizar de manera racional los recursos asignados a la prestación del servicio.	SI	9. Utilizar de manera racional los recursos asignados a la prestación del servicio.	Aplicación de manual de calidad en la instrucción
10. Aplicar los procesos, subprocesos y procedimientos definidos en el Manual de Calidad de la Institución.	SI	10. Aplicar los procesos, subprocesos y procedimientos definidos en el Manual de Calidad de la Institución.	Aplicación de manual de calidad en la institución
11. Aplicar los procedimientos definidos en la Guía Integrada del Gimnasio y los instructivos propios de cada especialidad.	SI	11. Aplicar los procedimientos definidos en la Guía Integrada del Gimnasio y los instructivos propios de cada especialidad.	Registro en historia clínica
12. Realizar la prestación de los servicios en el marco de los convenios y planes de beneficios.	SI	12. Realizar la prestación de los servicios en el marco de los convenios y planes de beneficios.	Registro en historia clínica
13. Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar.	SI	13. Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar.	Actas, Plan de mejora
14. Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas.	SI	14. Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas.	Registro en historia clínica
15. Las demás que le sean solicitadas y afines con el objeto contractual.	SI	15. Las demás que le sean solicitadas y afines con el objeto contractual.	Atención a usuarios según convenios

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): (\$1.433.874=) UN MILLON CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE)

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: <u>FRANCY YINET FABRA VILLARRAGA CC:</u> <u>1.032.483.946 Bogotá</u>	Fecha: <u>03/04/2017</u> Firma de recibido supervisor: <u>Alba Esth. Lopez</u>
---	--

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



Periodo Servicio 202006

Cliente:

PAGADA 2020-07-03

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	FRANCY YINET FABRA VILLARRAGA		
Documento	CC 1032483946		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE		
Tipo Persona	NATURAL		
Ciudad	SOACHA		
Representante Legal			
	Dirección	CALLE 46 # 1 - 50 MANZANA 22B APT 103	
	Teléfono	3007523522	
	Forma Presentación	UNICO	Total Afiliados 1
	Departamento	CUNDINAMARCA	
	Identificación		

III. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1032483946	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Colizante	59							
					FABRA VILLARRAGA FRANCY YINET			
					CUNDINAMARCA			

III APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

[illegible]

IV.TOTALES

IV. TOTALES									
Total Aportes Pensión ^(a)	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN
	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN
\$ 140.500	\$ 0	\$ 0	\$ 109.800	\$ 21.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
									Total Final
									\$ 271.700

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 Un Millón Cuatrocientos Treinta Y Tres Mil Ochocientos Setenta Y Cuatro Pesos \$ 1.433.874, por concepto de: Prestación de servicios asistenciales en el área de rehabilitación como profesional en Fisioterapia en la sur red integrada de servicios de salud Sur Occidente E.S.E durante el periodo de 1 al 31 de julio de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2286 - 2020



FRANCY YINET FABRA VILLARRAGA

C.C.1.032.483.946 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 488402225608