	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NIYIRETH LAVERDE AMADO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1022972973						
CORREO ELECTRONICO:	niyireth.amadof@gmail.com				CELULAR:	3057001958						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					USS CENTRO DIA							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GESTIÓN CLINICA AMBULATORIA (CAPS ZONA FRANCA)F008				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FO08M06	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BBVA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	959043589								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2220-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		11				
NÚMERO DE CDP	1723	FECHA	26/11/20	NÚMERO DE CRP	53022	FECHA	30/11/20			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO FISIOTERAPEUTA ,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	2020		31	12	2020		
VALOR HORA	$15.418									
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA								

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:	$34.430.976
VALOR EJECUTADO	$30.653.566
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.867.748
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.777.410
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	89%

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
9413389617	$1.147.099,20	$143.400	$183.600	3	$28.000	**$355.000**

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

CLAUDIA PATRICIA ROSERO CAICEDO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Niyireth Laverde Amado
NIYIRETH LAVERDE AMADO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA



INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión	2
Fecha de aprobación	31/03/2017
Código:	04-02-FO-0002



Ubicación del Servicio:	CENTRO DIA- ZONA FRANCA				**Sede: USS CENTRO DIA**				
No. DE CONTRATO:	**2220-2020**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	12	2.020		31	12	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**NIYIRETH LAVERDE AMADO**		**C. C.**	1022972973			**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 FISIOTERAPEUTA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI SI___ NO___ **Servicios** SI X__ NO __

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Evaluar, diagnosticar y brindar tratamientos de rehabilitación a niños y adultos con disfuncionalidades fisicas e identificar los riesgos que se generan como consecuencia de factores ambientales, neuropsicologicos, organo funcionales o geneticos	si	Se valoraron pacientes tanto adultos como niños, en consulta externa y en cami l donde se diagnosticaron alteraciones musculoesqueleticas, osteomusculares y neuromusculares según el caso particular de cada paciente	Se cumplio con la atención de la agenda del mes programaada durante todo el mes.
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	Al realizar las valoracion del mes de mayo hallé alteraciones temporales y/o permanentes suceptibles de atencion en rehabilitacion, brindando la atencion oportuna para evitar secuelas de discapacidades.	S e cumpliocon evaluar, orientar y dar recomendaciones Fisioterapeuticas a los pacientes que lo requirueron.
Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la historia clinica dando cumplimiento a la resolución 1995 de 1999	si	Ejecuté de manera completa y legible la historia clinica deacuerdo a la normatividad.	Se cumplio con la ejecución completa de la Historia Clinica de los pacientes atendidos en el mes
Realizar informe de gestión mensual y hacer entrega oportuna de los mismos a la respectiva área.	si	Se llevo a cabalidad con los informes mensuales y se proporcionaron oportunamente a apoyo diagnostico y terapeutico	Se realizo informe mensual correspondiente al mes
Realizar la referencia y contrarreferencia para continuar tratamiento cuando sea necesario, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud y de acuerdo con las normas que la regulan.	si	Se gestiona referencia y contrarreferencia tanto interna como externa según sea el caso de cada paciente dando cumplimiento a la estrategia de las redes según las normas vigentes	Se realizo de forma oportuna las referencias y contrarreferencias e n los casos que fueron pertinentes.
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la institución	si	Se llevo a cabo el cumplimiento con las normas, procedimientos, manuales y guias establecidos por la institución	Al realizar las valoraciones de los pacientes correspondientes del mes de Julio se cumplio con la oportunidad de las guias según patologia.
Evaluar, diagnosticar y brindar tratamientos de rehabilitación a niños y adultos con disfuncionalidades fisicas e identificar los riesgos que se generan como consecuencia de factores ambientales, neuropsicologicos, organo funcionales o geneticos	si	Se explico a los usuarios de manera adecuada el consentimiento informado y plan casero deacuerdo a su patologia	Se cumplio explicando al ususrio el consentimiento informado y haciendo entrega al plan casero, dependiendo la patologia.
Todas las demas actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato	si	se atendieron de manera integral a los paciente de terapia fisica a nivel de consulta externa y en hospitalizacion en cami l.	Se cumplio realizando atención al usuario de manera integral pacientes de Terapia Fisica.
Alimentar constantemente todos los sistemas de información que estan a su cargo y mantenerlos al día	si	Realizacion diaria y permantente de los sistemas de información como planillas de desinfeccion, planilla de temperatura, alistamento y mantenimiento de papeleria de mas funciones correspondientes	S e cumplio diligenciando diariamente planillas de desinfeccion, planilla de temperatura, alistamento y mantenimiento de papeleria de mas funciones correspondientes
Demas actividades concernientes con el cargo	si	Asistencia a la reuinion de programada mensual con la coordinacion de Apoyo Diagnostico y Terapeutico.	Se cumplio ya que se asistio a reuniones programadas durante el mes.
Participar activa y proactivamente en todas las actividades programadas por la institucion en el proceso de acreditacion para el mejoramiento continuo de la entidad	si	Asistencia completa a las reuniones de Acreditacion y ULGS programadas por la institucion para dar cumplimiento al mejoramiento continuo de la institucion	Participe activamente en las reuniones program,adas por la coordinación del servicio

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): DOS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO – UR# **$2,867,748**

Niyireth laverde Amado.
1022972973

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.

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 1022972973		LAVERDE AMADO NIYIRETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 5 # 25a-36 barrio veraguas	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-11	2020-11	822226374	9413389617	I	2020/12/17	2020/12/07	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$355,000

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)					$1,147,099	$183,600			$1,147,099	$143,400			$0	$0			$1,147,099	$28,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,147,099	$183,600			$1,147,099	$143,400			$0	$0			$1,147,099	$28,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,147,099	$183,600			$1,147,099	$143,400			$0	$0			$1,147,099	$28,000		$0	$0
1	CC	1022972973	LAVERDE NIYIRETH	25-14	30	$1,147,099	$183,600	EPS037	30	$1,147,099	$143,400		0	$0	$0	14-11	30	$1,147,099	$28,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,147,099	$183,600			$1,147,099	$143,400			$0	$0			$1,147,099	$28,000		$0	$0

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

NIYIRETH LAVERDE AMADO
CC:1022972973 DE BOGOTÁ

La suma de $ 2´867.748, dos millones ochocientos sesenta y siete mil seteciendos cuarenta y ocho pesos por concepto de: prestación de servicios de salud como FISIOTERAPEUTA durante el periodo de 1 al 31 de diciembre 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2220-2020

NIYIRETH LAVERDE AMADO
CC:1022972973 DE BOGOTÁ
CUENTA DE AHORROS BANCO BBVA
NUMERO 959043589