

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:		SHIRLEY BIBIANA MESA RUBIO											
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E	NO.		52484619						
CORREO ELECTRONICO:		sisimy79@hotmail.com				CELULAR:		3202077735					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:		USS FONTIBON (F003)											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		GESTIÓN CLÍNICA AMBULATORIA (USS FONTIBON)F003				SEDE:		Fontibon					
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		FO03M06	37	FO08M06	63								
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		475000067680				PENSIONADO		No					
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		2225-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		12					
NÚMERO DE CDP		1242 1380 1597 1723 1958	FECHA	27/08/2020 25/09/2020 31/10/2020 26/11/2020 23/12/2020	NÚMERO DE CRP		38817 41368 47627 53025 59514	FECHA		19/09/2020 30/09/2020 6/11/2020 30/11/2020 31/12/2020			
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 FONTIBÓN, de acuerdo a las necesidades de la Institución.											
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO		
				1	1	2021			31	1	2021		
VALOR HORA:		valor ahora ambulatoria\$ 15.418				valor hora hospitalaria		\$17.163					
TIPO DE SERVICIOS		ASISTENCIAL		RESERVA DE GLOSA 2%									
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:								\$35.837.934					
VALOR EJECUTADO								\$35.724.509					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$2.920.098					
VALOR A LIBERAR								\$0					
SALDO POR EJECUTAR								\$113.425					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								100%					
El intervisor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:													
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES							
1034549268	\$1.176.415,00	\$147.052	\$188.226	3	\$28.657	\$363.936							
Dado en Bogotá en el mes de enero del año (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,													
 LILIANA CASTIBLANCO MOSOS NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:							 SHIRLEY BIBIANA MESA RUBIO 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:	USS FONTIBON Y CAPS ZONA FRANCA	Sede: USS FONTIBON
No. DE CONTRATO:	2225-2020	Periodo certificado desde el
		Día Mes Año
		1 1 2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SHIRLEY BIBIANA MESA RUBIO	C. C. 52484619
		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 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 físicas e identificar los riesgos que se generan como consecuencia de factores ambientales, neuropsicológicos, órgano funcionales o genéticos	si	Toma de muestra de gases arteriales, procesados muestra de gases materiales en la máquina, los subimos a los resultados al sistema, pasamos la información a unas Estadísticas, pruebas de Covid 19	Toma de muestra de gases arteriales, procesados muestra de gases materiales en la máquina, los subimos a los resultados al sistema, pasamos la información a unas Estadísticas, pruebas de Covid 19
Detectar de manera temprana las personas con alteraciones temporales o permanentes susceptibles de atención en rehabilitación, con el fin de brindar una atención oportuna tendiente a evitar secuelas o la instauración de discapacidades.	si	Se valoraron pacientes tanto adultos como niños, en consulta externa y en camil donde se diagnosticaron alteraciones musculoesqueléticas, osteomusculares y neuromusculares según el caso particular de cada paciente	Se cumplió con la atención de la agenda del mes programada durante todo el mes.
Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la historia clínica dando cumplimiento a la resolución 1995 de 1999	si	Ejecuté de manera completa y legible la historia clínica de acuerdo a la normatividad.	Se cumplió con la ejecución completa de la Historia Clínica 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 diagnóstico y terapéutico	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 guías establecidos por la institución	Al realizar las valoraciones de los pacientes correspondientes del mes de Julio se cumplió con la oportunidad de las guías según patología.
Evaluar, diagnosticar y brindar tratamientos de rehabilitación a niños y adultos con disfuncionalidades físicas e identificar los riesgos que se generan como consecuencia de factores ambientales, neuropsicológicos, órgano funcionales o genéticos	si	Se explico a los usuarios de manera adecuada el consentimiento informado y plan casero de acuerdo a su patología	Se cumplió explicando al usuario el consentimiento informado y haciendo entrega al plan casero, dependiendo la patología.
Todas las demás 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 física a nivel de consulta externa y en hospitalización en camil.	Se cumplió realizando atención al usuario de manera integral pacientes de Terapia Física.
Alimentar constantemente todos los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día	si	Realización diaria y permanente de los sistemas de información como planillas de desinfección, planilla de temperatura, alistamiento y mantenimiento de papelería de mas funciones correspondientes	Se cumplió diligenciando diariamente planillas de desinfección, planilla de temperatura, alistamiento y mantenimiento de papelería de mas funciones correspondientes
Demás actividades concernientes con el cargo	si	Asistencia a la reunión de programada mensual con la coordinación de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.	Se cumplió ya que se asistió a reuniones programadas durante el mes.
Participar activa y proactivamente en todas las actividades programadas por la institución en el proceso de acreditación para el mejoramiento continuo de la entidad	si	Asistencia completa a las reuniones de Acreditación y ULC programadas por la institución para dar cumplimiento al mejoramiento continuo de la institución	Participe activamente en las reuniones programadas por la coordinación del servicio

OBSERVACIONES: 30 horas hospitalarias , 156 horas ambulatoria

TOTAL A PAGAR :\$2.920.098

<p><i>Shirley Bibiana Mesa Rubio</i> CC 52484619 NTA NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: <u>SHIRLEY BIBIANA MESA RUBIO</u></p>	<p>Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: <i>[Firma]</i></p>
---	--

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

Instructivo de Diligenciamiento

Ubicación del Servicio: Diligencie el área o servicio donde presta los servicios
Sede: Diligencie la sede donde presta sus servicios
No. De Contrato: Diligencie número de contrato
Periodo certificado desde el: Diligencie la fecha inicial y la fecha final del periodo que se va a certificar
Nombre del Contratista: Diligencie su nombre
C.C.: Diligencie su cédula de ciudadanía



Referencia pago(PIN) 8820093080

Periodo Servicio 202012

PAGADA 2020-12-28

Razón Social	SHIRLEY BIBIANA MESA RUBIO		
Documento	CC 52484619	Dirección	CL 38A SUR #72 K - 17
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	4038286
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
			Total Afiliados 1

Documento	CC 52484619	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59 00							
					MESA RUBIO SHIRLEY BIBIANA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

Novedades						Pensión							Salud				Riesgos					Caja			Parafiscales			
		Extranjero		Tipo salario		Salario		Código AFP	Tarifa AFP	Total Aporte AFP	Total Aporte PSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Trans. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
RET	Días AFP	VAC	Días AFP	0	\$ 1.170.133		\$ 1.170.133	231001	18 %	\$ 1.170.133	\$ 187.300	\$ 0	EP5017	12,5 %	\$ 1.170.133	\$ 148.300	\$ 0	14-11	3	2.438 %	\$ 1.170.133	\$ 28.800	CCF24	2 %	1.170.133	\$ 23.500	0 %	\$ 0
ING	Días AFP	TAP	Días AFP	0	\$ 1.170.133		\$ 1.170.133	231001	18 %	\$ 1.170.133	\$ 187.300	\$ 0	EP5017	12,5 %	\$ 1.170.133	\$ 148.300	\$ 0	14-11	3	2.438 %	\$ 1.170.133	\$ 28.800	CCF24	2 %	1.170.133	\$ 23.500	0 %	\$ 0
TOE	Días AFP	VSP	Días AFP	0	\$ 1.170.133		\$ 1.170.133	231001	18 %	\$ 1.170.133	\$ 187.300	\$ 0	EP5017	12,5 %	\$ 1.170.133	\$ 148.300	\$ 0	14-11	3	2.438 %	\$ 1.170.133	\$ 28.800	CCF24	2 %	1.170.133	\$ 23.500	0 %	\$ 0
TAE	Días AFP	COR	Días AFP	0	\$ 1.170.133		\$ 1.170.133	231001	18 %	\$ 1.170.133	\$ 187.300	\$ 0	EP5017	12,5 %	\$ 1.170.133	\$ 148.300	\$ 0	14-11	3	2.438 %	\$ 1.170.133	\$ 28.800	CCF24	2 %	1.170.133	\$ 23.500	0 %	\$ 0
STN	Días AFP	VST	Días AFP	0	\$ 1.170.133		\$ 1.170.133	231001	18 %	\$ 1.170.133	\$ 187.300	\$ 0	EP5017	12,5 %	\$ 1.170.133	\$ 148.300	\$ 0	14-11	3	2.438 %	\$ 1.170.133	\$ 28.800	CCF24	2 %	1.170.133	\$ 23.500	0 %	\$ 0
IGE	Días AFP	LVA	Días AFP	0	\$ 1.170.133		\$ 1.170.133	231001	18 %	\$ 1.170.133	\$ 187.300	\$ 0	EP5017	12,5 %	\$ 1.170.133	\$ 148.300	\$ 0	14-11	3	2.438 %	\$ 1.170.133	\$ 28.800	CCF24	2 %	1.170.133	\$ 23.500	0 %	\$ 0
AVC	Días AFP	RPT	Días AFP	0	\$ 1.170.133		\$ 1.170.133	231001	18 %	\$ 1.170.133	\$ 187.300	\$ 0	EP5017	12,5 %	\$ 1.170.133	\$ 148.300	\$ 0	14-11	3	2.438 %	\$ 1.170.133	\$ 28.800	CCF24	2 %	1.170.133	\$ 23.500	0 %	\$ 0
VOT	Días AFP	RCF	Días AFP	0	\$ 1.170.133		\$ 1.170.133	231001	18 %	\$ 1.170.133	\$ 187.300	\$ 0	EP5017	12,5 %	\$ 1.170.133	\$ 148.300	\$ 0	14-11	3	2.438 %	\$ 1.170.133	\$ 28.800	CCF24	2 %	1.170.133	\$ 23.500	0 %	\$ 0

Total Aportes Pensión	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	Total Final
COLFONDOS									MEN	
\$ 187.300	\$ 0	\$ 0	\$ 146.300	\$ 28.600	\$ 23.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 385.700

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

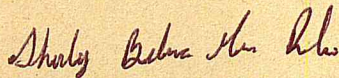
NIT: 900.959.048-

DEBE A:

SHIRLEY BIBIANA MESA RUBIO

C.C 52484619 DE BOGOTÀ

La suma de \$2.920.098 por concepto de: Prestación de Servicios como fisioterapeuta, en el Área de Hospitalizados en USS Fontibón por contingencia en emergencia sanitaria COVID -19, y consulta programada en CAPS Zona Franca por con un total de 156 horas en CAPS Zona Franca valor hora de \$ 15.418 y 30 Horas en UMHE Fontibón valor hora de \$17.163 durante el periodo de 01 al 31 de diciembre de presente año de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **2225-2020**.



SHIRLEY BIBIANA MESA RUBIO

C.C 52484619 DE BOGOTÀ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 475000067680