	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:	SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52425714						
CORREO ELECTRONICO:	rocioortegonc@gmail.com				CELULAR:	3123693342						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	CAPS ZONA FRANCA (FO08)											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PROCESO GESTION CLINICA AMBULATORIA (CAPS ZONA FRANCA) FO08				SEDE:	FONTIBON						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FO08E01	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	9270289912								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	417-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO	4 de 4					
NÚMERO DE CDP	755	FECHA	25/05/21	NÚMERO DE CRP	29881	FECHA	31/05/21			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO ENDODONCISTA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIENTE.E.S.E, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCION.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	6	2021		30	6	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3,528,432			VALOR HORA :	$25,384					
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 0%		$0						

OBSERVACIONES: 139 horas ($25,384)

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$17.641.880
VALOR EJECUTADO	$17.641.880
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.528.376
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 **$2,271,315**, 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	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1020101146	$1.411.372,00	$ 176.500,00	$225.900			**$402.400**

Dado en Bogotá el 30 del mes de Junio de dos mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DRA LILIANA CASTIBLANCO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	CAPS ZONA FRANCA							Sede: FONTIBON			
No. DE CONTRATO:	417-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a		Día	Mes	Año	
			1	6	2.021			30	6	2.021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS		C. C.		52.425.714			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 Endodoncista de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO ____ Servicios: SI X NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Realizar las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para el manejo de patologias establecidos dentro del plan de su especialidad.	si	Si se atendió consulta especializada y urgencias en Endodoncia elaboraciòn de historia clìnica y examen de odontopediatria de cada paciente integral. Se diagnosticó patologìas y se efectuò tratamientos en Endodoncia , Se tomò radiografias periapicales.	Atención de los pacientes agendados que cumplieron sus citas de valoracion y entrega de referencia para autorizacion en su eps.
2, Cumplir con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los paciente.	si	Si se cumplieron con ls exigencias legales en la historia clinica de endodoncia	Historia clinica donde se evidencia la educación a los pacientes acerca de la importancia del dx y plan del tratamiento.
3, Llevar el registro de la atencion de los procedimientos, actividades e intervenciones, asi como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion,	si	Se diligenciò los sistemas de informaciòn en salud diariamente.	Historias clinicas diligenciadas con completitud , pertinencia, y lectura de rx periapicales
4, Participar en la programacion de actividades del area.	si	Si cumplió con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorecio el proceso de acreditacion al interior de la institucion.	Participe en Acreditacion, reporté susesos de seguridad. Participé en conversatorio de calidad
5, Reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecidad en la normatividad vigente.	si	Participó en el proceso de acreditacion en salud del hospita,asistiendo a las reuniones del grupo primario de odontologia . Ejecutó las actividades segun criterio de auto control	Participe en Acreditacion, reporté susesos de seguridad.
6, Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participaren los analisis alos que sea convocdo e implementar las acciones de mejora denidas para el servicio.	si	Se colocan los tickets correspondientes a fallas de calidad	Reportes de anomalias en equipos a para su revision y mantenimiento.
7, Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	si	Se vigiló el correcto uso y mantenimiento del equipo y los elementos a su cargo.	Se tiene un uso adecuado de equipos y elementos de uso diario
8, Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	si	Atendí paciente con factura y escogi el ingreso adecuado en el sistema	100% de atencion de pacientes con factura
9,Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	si	Se diligencio el consentimiento informado previo a la atencion	**100 % de los consentimientos diligenciados**
10) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	si	Verificacion de estado de asepsia del instrumental y los equipos biomedicos en uso a la auxiliar de consultorio encargada del mismo	Registro en historia clinica de la carga y el lote esterilizacion con el cual se atiende cada paciente en consulta.
11) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	si	Se divulgo al paciente y asu familia las condiciones del tratamiento endodontico causas y consecuencias	Se registran plan de tratamiento en historia clinica
12) Emitir conceptos médicos que se le requieran	si	Se emitieron los conceptos medicos propios de la especialidad	Se registran plan de tratamiento en historia clinica
13) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	si	Se da cumplimiento a las normas del sistema obligatorio de salud	Cumplimiento de normas
14) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	si	Se realiza informes mensuales de gestion, se vigila y respondió por el adecuado y racional uso de los recursos asignados, su nivel de rotación e inventario. Si se mantuvo desarrollo e implementa la visión y la misión	Informes mensuales
15) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	si	Se tiene un uso adecuado de equipos y elementos de uso diario	Uso adecudo de equipos

16) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación,	si	Se participo en todas las actividades de capacitacion , reuniones e induccion	ULG. UAT. conversatorio
17) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	si	Se participo en las capacitaciones asignada UL, UAT, ULG y conversatorio	ULG. UAT. conversatorio
18) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	si	Se participo en las capacitaciones asignada UL, UAT, ULG y conversatorio	ULG. UAT. Conversatorio
19) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	si	Se realiza informes mensuales de gestión, se vigila y respondió por el adecuado y racional uso de los recursos asignados, su nivel de rotación e inventario.	Diligenciamiento del siso y envio referente de odontologia
20) Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios	si	Se plantean alternativas de diagnostico de la especialidad	Alternativas de diagnostico
21) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	si	Se verifican funciones del personal a cargo	Funciones adecuadas
22) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	si	Se realizaron los pagos correspondientes a salud, pension y arl	Pago de la planilla
23) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	si	Se realizaron las actividades de acuerdo al objeto del contrato	Participe en Acreditacion, reporté susesos de seguridad. Participé en conversatorio de calidad
24,) En caso de presentarse un caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informar al supervisor del contrato	si	Se cumplio con el contrato establecido	Cumplimiento de contrato
25.) Uso adecuado de la bata y carnet segun lineamiento Institucional, incluye el cumplimiento de la estrategia "Quitate la bata" en el cotexto de seguridad del paciente	si	Se utiliza la bata y carnet para garantizar la seguridad del paciente, Correcto uso de los implementos de identificacion en el CAPS y las barreras bioseguridad en la atencion de pacientes	Disminuir riesgos de contaminacion cruzada en consulta y correcta identificacion del profesional por parte
. 26.) Participar activamente en las capacitaciones a las que sea asignados	si	Se participo en las capacitaciones asignada UL, UAT, ULG y conversatorio	Participe en Acreditacion, reporté susesos de seguridad. Participé en conversatorio de calidad

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTIOCHO MIL TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE= 3,528,376

: SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS CC 52425714 DE BOGOTA

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	52425714-	SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS	U ☑ C ☐ S ☐ D ☐		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO
2021	5	2021	507459

NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
	PUBLICA ☐ PRIVADA ☐ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑		83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
CALLE 116 A # 71 C 17 APTO 201	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D.C.	11	3123693342	2625895	rocioortegonc@gmail.com	8511	0	1	2021/05/11	1020101146

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS008	860066942-7	176.500	0		0		0	176.500	0	0	0	176.500	0		0	0	176.500	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230201	800229739-0	225.900	0	0	0	0	0	0	225.900	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	0
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	2

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	225.900	225.900
SALUD	176.500	176.500
RIESGOS LABORALES	0	0
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	402.400	402.400

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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

DEBE A:
SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS
CC: 52.425.714 DE: BOGOTÁ

La suma de TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTIOCHO MIL TRECIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS CTE ($3.528,376), por concepto de: prestación de servicios como ENDODONCISTA, en el Caps Zona Franca, con un total de 139 horas, valor hora $25,384 Veinticinco mil trescientos ochenta y cuatro pesos m/cte durante el periodo de 01 al 30 de JUNIO del presente año de conformidad con lo establecidoen el contrato de prestación de servicios No 417-2021

SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS
CC: 52.425714 DE: BOGOTÁ
CUENTA DE AHORROS: BANCO DAVIVIENDA
NUMERO: 009270289912