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. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUISA FERNANDA DIAZ ESPEJO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52.116.203							
CORREO ELECTRONICO:	luisafernandadiazmd@gmail.com				CELULAR:	3014656396							
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	%	
	FO08 A11	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	8300562223								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2218-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		11	
NÚMERO DE CDP	29 574 1052 1380 1597 1723	FECHA	8/01/2020 20/04/2020 22/07/202 25/09/2020 31/10/2020 26/11/2020	**NÚMERO DE CRP**	14375 23083 30284 35572 41362 47621 53020	**FECHA**	31/01/2020 30/04/2020 31/07/2020 30/8/2020 30/09/2020 06/11/2020 30/11/2020
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO INTERNISTA 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	12	2020		31	12	2020	
VALOR HORA:	$70.902								
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:	$102.027.978
VALOR EJECUTADO	$89.974.638
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$8.508.240
VALOR A LIBERAR	
SALDO POR EJECUTAR	$12.053.340
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	83%

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
9415104453	$3.970.512,00	$496.400	$707.900	3	$96.700	$1.301.000

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:

LUISA FERNANDA DIAZ ESPEJO
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
Fecha de aprobación	03/04/2017
Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Ubicación del Servicio:	**CAPS ZONA FRANCA**					**Sede: FONTIBON**					
No. DE CONTRATO:	**2218-2020**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**		
			1	12	2.020		31	12	2.020		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUISA FERNANDA DIAZ ESPEJO	**C. C.**	52.116.203	**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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE MEDICINA INTERNA 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
Realizar la Consulta Externa deMEDICINA INTERNA según la agenda programada con oportunidad y calidez, de acuerdo a los tiempos establecidos en las instalaciones de la subred integrada de servicios de salud sur occidente unidad prestadora de servicios de salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., Unidad de Servicios de Salud Fontibón, y/o donde el supervisor del contrato lo requiera.	SI	Realice las actividades de patologias establecidos dentro del plan Integral del cuidado del paciente	Se atende consulta programada por medio de la consulta de MEDICINA INTERNA se realizo el ejercicio medico profesional usando las herrameintas diagnosticas con las que secuenta para el cuidado del paciente
Diligenciar la historia clínica sistematizada respetando lo normado en la Resolución 1995 de 1999 y demás normatividad vigente , y/o los formatos que haya implementado la institución en forma legible, sin tachones, enmendaduras, registro de fecha y hora de la atención, nombre y registro médico.	SI	cumpli con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica	se realizo diligenciamiento de la historia clinica y sus anexos dentro del marco legal y etico según Resolución 1995 de 1999
Entregar diariamente los registros individuales de prestación de los servicios (RIPS), completamente diligenciados de acuerdo a la resolución 3374 de 2002 y a la resolución 0951 del 2003 del Ministerio de salud, al área de estadística o quien defina el coordinador del centro.	SI	Se diligencia los RIPS y se hacen firmar por el paciente	Se entrega en físico en consultorio 102 los los RIPS debidamente diligenciados
Aplicar las guías de manejo clínico aprobadas por el hospital y el contratista para la especialidad y colaborar en la actualización de las mismas, teniendo en cuenta la medicina basada en la evidencia.	SI	Se aplica las guias que se encuentran en almera	Adherencia a guias del servicio.
En caso de presentar dificultades para asistir a la consulta programada deberá informar oportunamente al Supervisor del Contrato y garantizar la reprogramación de la Agenda	SI	Planeo la consulta y evito la reprogramacion de agendas	Envio de agendas planeadas para evitar reprogramación
Cumplir oportunamente el inicio y finalización de las jornadas según lo establecido en la programación del servicio.	SI	Se cumplio oportunamente el inicio y finalización de las jornadas según lo establecido en la programación del servicio.	Se cumplio la programacion de la consulta según agenda programada
Participar activamente en el cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de la Auditorías internas y externas.	SI	Registro en la historia clinica la reconciliacion medicamentosa de los pacientes, Registro el riesgo clinico y de seguridad del paciente en la historia clinica.	reconciliacion medicamentosa de los pacientes, Registro el riesgo clinico y de seguridad del paciente en la historia
Cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la institución en materia de bioseguridad, seguridad del paciente, referencia y contrareferencia, manejo integral de residuos, entre otros.	SI	Cumplo las normas establecidas por la institución en materia de bioseguridad, seguridad del paciente, referencia y contrareferencia, manejo integral de residuos, entre otros.	Me adhiero a la tecnica del lavado de manos, segregacion de residuos, manual de bioseguridad etc.
Dar un trato humanizado a nuestro s usuarios en términos de calidez, seguridad, vocación de servicios, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia, integralidad, solidaridad. Oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia.	SI	Brindo un trato humanizado a nuestro s usuarios en términos de calidez, seguridad, vocación de servicios, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia, integralidad, solidaridad. Oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia.	Trato humanizado a los pacientes y sus familias
Reportar en forma oportuna al líder del proceso ambulatorio intramural y Subgerencia de Servicios de Salud, los eventos adversos que se presentan en la prestación de servicios como reacciones adversas a medicamentos entre otras.	SI	realizo notificaciones de vigilancia cuando es evidenciado.	No se realizo en este mes
Realizar la referencia y contrarreferencia cuando se requiera dentro de los lineamientos de redes de servicios de salud y de acuerdo a las normas que la regulan.	SI	Se Realiza la referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud y de acuerdo con las normas que la regulan.	Entrega de referencia a usuarios para autorizacion de su eps.
Uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional.	SI	Usé adecuadamente el uniforme, bata y carné según lineamiento institucional.	Me adhiero a la estrategia de utilizar la bata y retirarla cuando este fuera de la institucion, o en area de alimentación.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR : $ 8.508.240

LUISA FERNANDA DIAZ ESPEJO CC 52116203
NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

de recibido supervisor:_____ Firma

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

MES / TRIMESTRE / CONSOLIDADO AÑO	DATOS BASICOS SEDE			DATOS DEL PROFESIONAL		INFORMACION DE PRODUCCION			HORAS ADMINISTRATIVAS										CLASIFI
						PROGRAMACION DE AGENDAS													
	SERVICIO	UNIDAD	SEDE	NOMBRE DEL PROFESIONAL	TIPO DE VINCULACION	HORAS CONTRATADAS MES	HORAS LABORADAS	PORCENTAJE DE HORAS LABORADAS VS CONTRATADAS (Estandar 90%)	Informes	Reuniones	Auditoria	Capacitacion	Acreditacion	Actividades programadas por Talento Humano	Otros tiempos administrativos	TOTAL HORAS ADMINISTRATIVAS	% Horas Administrativas	Permiso	
DICIEMBRE	Medicina Interna	Fontibon	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD S1 ZONA FRANCA	Diaz Espejo Luisa Fernanda	OPS	120	115	96%		2					3	5,0	4%		

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52116203		DIAZ ESPEJO LUISA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 152a 16a-60	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2345678	Si

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	860368440	9415104453	N	2020/12/02	2021/01/14	BANCO DAVIVIENDA	43	$1,301,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$707,900	$0	$0	$707,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$707,900	$0	$0	$707,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$96,700	$0	$0	$96,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$96,700	$0	$0	$96,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$496,400	$0	$0	$496,400
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$496,400	$0	$0	$496,400
TOTAL				1	$1,301,000	$0	$0	$1,301,000

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LUISA FERNANDA DIAZ ESPEJO

C.C 52116203 DE BOGOTA

La suma de ocho millones quinientos ocho mil doscientos cuarenta pesos ($8,508,240) por concepto de prestación de servicios como médico internista en consulta externa durante el periodo de 01 al 31 de diciembre de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2218-2020

Luisa Fernanda Díaz Espejo

C.C. 52116203DE Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 8300562223