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.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LILIANA ELVIRA VILLA JIMENEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52311699						
CORREO ELECTRONICO:	lielviji@yahoo.com				CELULAR:	3002195171						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					USS FONTIBON							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PROCESO GESTION CLINICA AMBULATORIA (CAPS ZONA FRANCA) FO08				SEDE:							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
			E02	100								
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	20165684349								PENSIONADO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5088-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1				
NÚMERO DE CDP	1201	FECHA	13/07/18	NÚMERO DE CRP		FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO ODONTOPEDIATRA 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	8	2018		31	8	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.236.600									
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

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:	$7.593.255
VALOR EJECUTADO	$1.236.600
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.236.600
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$6.356.655
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	16%

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 $**1.953.105**, 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
29562849	$781.242	$97.655	$124.999	$3	$19.031	**$241.685**

Dado en Bogotá a los 21 días del mes de Agosto del año Dos Mil Dieciocho 2018. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Liliana Villa J.

LILIANA ELVIRA VILLA JIMENEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

52311699 bogotá

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:	ODONTOLOGIA										
								Sede: CAPS ZONA FRANCA FONTIBON			
No. DE CONTRATO:	5088-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	8	2.018		31	8	2.018		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LILIANA ELVIRA VILLA JIMENEZ		C. C.	52.311.699			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 Odontopediatra 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
Atender consulta especializada y urgencias en Endodoncia elaboración de historia clinica y examen en odontopediatria de cada paciente integral. Diagnosticar patologias y efectuar tratameinto de Endodoncia , solicitar examenes paraclinicos en caso necesario,	si	Si se atendió consulta especializada y urgencias en Endodoncia elaboración de historia clinica y examen de odontopediatria de cada paciente integral. Se diagnosticó patologias y se efectuó tratamientos en Endodoncia ,	Atención de los pacientes agendados que cumplieron sus citas de valoracion y entrega de referencia para autorizacion en su eps.
Atender a los usuarios y ordenar analisis y examenes de laboratorio y estudio de resultados. Contribuir en la evaluación de actividades e impacto de la prestación de los servicios de salud oral.	si	Si se atendió y se ordenó analisis y examenes de laboratorio y se estudió los resultados. Se realizó la evaluación de actividades e impacto de la prestación de los servicios de salud oral en dx de patologias endodonticas y su tratamiento .	Historia clinica donde se evidencia la educación a los pacientes acerca de la importancia del dx y plan del tratamiento.
Diligenciar los sistemas de información en salud diariamente. Tomar radiografias periapicales.	si	Se diligenció los sistemas de información en salud diariamente. Se tomò radiografias periapicales.	Historias clinicas diligenciadas con completitud , pertinencia, y lectura de rx periapicales
Cumplir con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso de acreditacion al interior de la institucion. Realizar notificación de eventos de interes en salud publica, asi como los eventos adversos presentados en el servicio	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. Se realizó notificación de eventos de interes en salud publica, asi como los eventos adversos presentados en el servicio	Participe en reunion servicio de odontologia UAT el 28 de Agosto y capacite en Acreditacion, reporté susesos de seguridad.
Participar en el proceso de acreditacion en salud del hospital. Ejecutar las actividades según criterio de auto control	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	Participacion en Conversatorio de Calidad el dia 21 de Agosto 2018 8-940am. Participacion en grupo primario odontologia, Adherencia a estandares de acreditacion como : identificacion redundante, educación al usuario, informacion si la consulta se encuentra atrasada, espera del usuario el 20% de la consulta, orientacion al usuario.
Realizar informes mensuales de gestiòn, vigilar y resoponder por el adecuado y racional uso de los recursos asignados, su nivel de rotaciòn e inventario. Mantener, desarrollar e implementar la visiòn y la misiòn del hospital e impulsar y promosionar nuestro portafolio	si	Se realiza informes mensuales de gestiòn, 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 visiòn y la misiòn del hospital e impulso y promoción de portafolio de servicios	Diligenciamiento del siso y envio referente de odontologia
Vigilar el correcto uso y mantenimiento del equipo y los elementos a su cargo.	si	Se vigiló el correcto uso y mantenimiento del equipo y los elementos a su cargo.	Reportes de anomalias en equipos a para su revision y mantenimiento.
Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los procedimientos establecidos.	si	Atendi paciente con factura y escogi el ingreso adecuado en el sistema	100% de atencion de pacientes con factura
Mantener en completo orden y aseo el Instrumental y equipo teniendo en cuenta la técnica de asepsia.	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.
Uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional.	si	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 de los pacientes

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1,236,600PESOS M/CTE = Un millon docientos treinta y seis mil seicientos pesos M/CTE.

Liliana Villa J.

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LILIANA ELVIRA VILLA JIMNEZ CC 52311699 DE BOGOTA

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

52311699 Bogotá

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52311699	LILIANA ELVIRA VILLA JIMENEZ	CRA 78 H BIS 65A-40 SUR	7782380	lielviji@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I - Independiente		BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
8	2018	8	2018	I	2018/08/17	29562849	$1.954.100

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	719.700	0		0		0	0	0	0	719.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	921.300	0	0	28.800	28.800	0	0		978.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-28	ARP Sura	800256161-9	140.300				140.300	0	0	140.300			1.403	140.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	115.200	0	0	115.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	719.700	719.700
Pension	1	978.900	978.900
Riesgos Laborales	1	140.300	140.300
CCF	1	115.200	115.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.954.100	1.954.100

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52311699	LILIANA ELVIRA VILLA JIMENEZ		CRA 78 H BIS 65A-40 SUR	7782380	lielvijl@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ. D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
8	2018	8	2018	I		29562849	$1.954.100

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52311699	VILLA JIMENEZ LILIANA ELVIRA	59	0			N								X									230301	5.757.572	921.300	0	0	28.800	28.800	EPS008	5.757.572	719.700	14-28	5.757.572	3	140.300	CCF24	5.757.572	115.200	0	0	0	0	0

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