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:	CILIA ISABEL MORENO BOHORQUEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	28.307.457							
CORREO ELECTRONICO:	cilin99@yahoo.				CELULAR:	3204498592							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	CAPS ZONA FRANCA FO08												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	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	%	
	E03	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	2600037267								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2576-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2	
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	12/01/2018	**NÚMERO DE CRP**	10790	**FECHA**	31/01/2018
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como ORTODONCISTA 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	3	2018		31	3	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.054.410							
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:	$7.500.000
VALOR EJECUTADO	$2.242.730
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.054.410
VALOR A LIBERAR	
SALDO POR EJECUTAR	$5.257.270
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	30%

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
8477367469	$781.242	#¡VALOR!	#¡VALOR!	$3	#¡VALOR!	**#¡VALOR!**

Dado en Bogotá ABRIL 2018 . Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CILIA ISABEL MORENO BOHORQUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Bogotá DC., Abril 2018

CUENTA DE COBRO

SUBRED INTEGRADA DE SERVIVIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE
NIT: 900959.0408-4
DEBE A:
CILIA ISABEL MORENOBOHORQUEZ

28307457

Por concepto de servicios prestados como odontóloga ORTODONCISTA en la Unidad prestadora de servicios de salud FONTIBON durante el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de Marzo hasta el 31 de Marzo de 2018

TOTAL: UN MILLON CINCUENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS DIEZ PESOS MTC

TOTAL: 1.054.410

- **Autorizo a la subred integrada de salud de servicios de salud suroccidente ESE, consignar el valor correspondiente en la cuenta de ahorros No 002600037267 del banco Davivienda.**

	SI	NO
Bajo la gravedad del juramento informo que soy declarante de renta por el año 2017	X	
Declaro que mis ingresos provienen en más del 80% de la prestación de servicios de manera personal o desarrollo de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante	X	
Que mis ingresos totales en el año inmediatamente anterior superan 4.073 UVT ($ 109.323.393.00)		X

Cordialmente,

CILIA ISABEL MORENO BOHORQUEZ
C.C # 28.307.457

Nota: Anexo relación de pacientes, facturas y procedimientos.

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:	2576-2018	**Periodo certificado desde el**		**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
				1	3	2.018		31	3	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CILIA ISABEL MORENO BOHORQUEZ			**C. C.**		28.307.457		**DE**	PUENTE NACIONAL	

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 Ordoncista 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
Atender consulta especializada en Ortodoncia y ortopedia maxilar elaboración de historia clínica y examen en ortodoncia y ortopedia maxilar de cada paciente integral.Diagnosticar patologías y efectuar tratameinto de ortodoncia y ortopedia maxilar, solicitar examenes paraclínicos en caso necesario,	si	Si se atendió consulta especializada en Ortodoncia y ortopedia maxilar elaboración de historia clínica y examen de ortodoncia y ortopedia maxilar de cada paciente integral. Se diagnosticó patologías y se efectuò tratamientos en Ortooncia y ortopedia maxilar ,	Atención de los pacientes agendados que cumplieron sus citas de valoracion o citas de control. Pacientes de primera vez 2, se realizo 2 montajes de bracket, 7 controles de ortodoncia y 3 reparaciones de bracket.
Atender a los usuarios y ordenar analisis y examenes clinicos y radiograficos y estudio de resultados.	si	Si se atendió y se ordenó analisis y examenes clinicos y radiograficos se realizo el estudio los resultados.	Historia clínica donde se evidencia la educación a los pacientes acerca de la importancia del diagnostico y plan del tratamiento.
Diligenciar los sistemas de información en salud diariamente.	si	Se diligenciò los sistemas de información en salud diariamente.	Historias clinicas diligenciadas por completo
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	Se reporta seguridad de paciente 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 hospital. Ejecutó las actividades segun criterio de auto control	asistencia a las reuniones programadas que coinciden con la agenda de ortodoncia
Realizar informes mensuales de gestión, vigilar y resoponder por el adecuado y racional uso de los recursos asignados, su nivel de rotación e inventario. Mantener, desarrollar e implementar la visiòn y la misiòn del hospital e impulsar y promosionar nuestro portafolio de servicios.	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. Si se mantuvo , desarrollo e implementa la visión y la misión del hospital e impulso y promoción de portafolio de servicios	Diligenciamiento del siso y envio referente de odontología
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.
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución	si	Me adhiero a las Normas y procedimientos que tiene la institucion	Me adhiero a manual de bioseguridad , procedimiento ambulatorio guias de buenas practicas.
Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los procedimientos establecidos.	si	Atendí paciente con factura y escogi el ingreso adecuado en el sistema	100% de atencion de pacientes con factura
Vigilar el cumplimiento de las normas sobre notificación obligatoria de enfermedades y remitir las respectivas notificaciones al área de salud pública del Hospital.	si	realizo notificaciones de vigilancia cuando es evidenciado.	este mes NO se realizo
Responder por el buen estado y mantenimiento de los elementos de trabajo asignados.	si	Respondo por el buen manejo de todos los equipos que uso y elementos de trabajo	Buen uso de equipos y instrumental
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	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: $1.054.410

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTACILIA ISABEL MORENO BOHORQUEZCC:28307457

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

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS

FACTURA (ULTIMOS 6 DIGITOS)	FECHA DE FACTURACION	FECHA DE ATENCIÓN	NOMBRE DEL PACIENTE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	CODIGO DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO	CILIA NUMERO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS	ISABEL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO	MORENO VALOR FACTURA COBRADA AL PACIENTE	BOHORQUEZ VALOR LABORATORIO	VALOR A PAGAR AL PROFESIONAL DE ACUERDO A LO CONTRATADO (70%)	REVISIÓN
1010495	01/03/2018	01/03/2018	LEIDY JULIANA VARGAS BOJACA	1016092014	893106-38	1	reparacion bracket	$ 14.800		$ 10.360	
1010136	01/03/2018	01/03/2018	LEIDY JULIANA VARGAS BOJACA	1016092014	93106-8	1	Control ortodoncia	$ 49.000		$ 34.300	
1010369	01/03/2018	01/03/2018	HEIDY YULIANA BEJARANO RAMIREZ	1014294817	893106-5	1	Control ordoncia	$ 45.000		$ 31.500	
1008187	01/03/2018	01/03/2018	IVAN MANCIPE ZABALA	1000520445	893106-38	1	reparacion bracket	$ 14.800		$ 10.360	
1007284	01/03/2018	01/03/2018	IVAN MANCIPE ZABALA	1000520445	893106-9	1	Control ordoncia	$ 39.000		$ 27.300	
1007711	01/03/2018	01/03/2018	ANGIE PAOLA ALDANA	1016110792	893106-8	1	Control ortodoncia	$ 49.000		$ 34.300	
1007063	01/03/2018	01/03/2018	CAROLINA ROZO ANISARE	1016017481	893106-37	1	Control ortodoncia	$ 39.000		$ 27.300	
1006880	01/03/2018	01/03/2018	MICHAEL STITH CANEDO CORTES	1000117155	893106-5	1	Control ortodoncia	$ 45.000		$ 31.500	
1053152	08/03/2018	08/03/2018	SHARIT JULIANA DURAN IZQUIERDO	1016043676	893106-20	1	Control ortopedia	$ 35.000		$ 24.500	
1052638	08/03/2018	08/03/2018	ANDERSON AVELLA AVILA	80162900	893106-13	1	Control ortodoncia	$ 55.000		$ 38.500	
1053390	08/03/2018	08/03/2018	SANDRA PATRICIA GARZON	52319392	893106-8	1	Control ortodoncia	$ 49.000		$ 34.300	
1053605	08/03/2018	08/03/2018	JHON ALEXANDER VERA NIÑO	1016104544	893106-13	1	Control ortodoncia	$ 55.000		$ 38.500	
1053452	08/03/2018	08/03/2018	NICOLAS DAVID LOZANO	1000330638	893106-7	1	Control de ortodoncia	$ 65.000		$ 45.500	
1051054	08/03/2018	08/03/2018	ANDRES SEBASTIAN ALVARES GOMEZ	1000286098	893106-12	1	Control ortodoncia	$ 162.400		$ 113.680	
1050615	08/03/2018	08/03/2018	TATIANA KATERINE PARRA VARGAS	10110238572	893106-9	1	Control ortodoncia	$ 39.000		$ 27.300	
1052295	08/03/2018	08/03/2018	NATALY SANCHEZ SERRATO	1016092768	893106-8	1	Control ortodoncia	$ 49.000		$ 34.300	
1050785	08/03/2018	08/03/2018	CATALINA CORTES TRIANA	1000328485	893106-14	1	Control ortodoncia	$ 43.000		$ 30.100	
1051768	08/03/2018	08/03/2018	ALEXANDRA GARCIA CASTRO	1000327581	89310-14 893106-38	2	Control ortodoncia- reparacion bracket	$ 57.800		$ 40.460	
1052262	08/03/2018	08/03/2018	KEVIN DANIEL GONZALEZ SERRATO	1000325271	893106-9 893106-38	2	Control ortodoncia- reparacion bracket	$ 53.800		$ 37.660	
1051383	08/03/2018	08/03/2018	DABY CAMILO CELY ZAPATA	1016079305	893106-14	1	Control ortodoncia	$ 43.000		$ 30.100	
1095117	15/03/2018	15/03/2018	GILMA ESPERANZA GOMEZ VERGARA	52755253	893106-8	1	Control ortodoncia	$ 49.000		$ 34.300	
1095192	15/03/2018	15/03/2018	CRISTIN XIMENA SORZA	1016110577	893106-4	1	Control ortodoncia	$ 47.700		$ 33.390	
1095218	15/03/2018	15/03/2018	MARIA DE LAS MERCEDES CORTES	35331309	893106-8	1	Control ortodoncia	$ 49.000		$ 34.300	
1094282	15/03/2018	15/03/2018	ALEXANDRA GARCIA CASTRO	1000327581	893106-38	1	reparacion bracket	$ 14.800		$ 10.360	
1093763	15/03/2018	15/03/2018	CLAUDIA PATRICIA GOMEZ	52532303	893106-9	1	Control ortodoncia	$ 39.000		$ 27.300	
1094718	15/03/2018	15/03/2018	XIMENA RODRIGUEZ LANCHEROS	1056954005	893106-8	1	Control ortodoncia	$ 49.000		$ 34.300	
1126449	22/03/2018	22/03/2018	ELIANA ANDREA RIAÑO LEON	1000324754	893106-8	1	Control ortodoncia	$ 49.000		$ 34.300	
1129551	22/03/2018	22/03/2018	JULIETH TATIANA MADRID	1014300463	89310-14 893106-38	2	Control ortodoncia- reparacion bracket	$ 87.400		$ 61.180	
1129305	22/03/2018	22/03/2018	YURY ALEJANDRA ACOSTA PAEZ	1016018462	89310-13 893106-38	2	Control ortodoncia- reparacion bracket	$ 69.800		$ 48.860	
1128908	22/03/2018	22/03/2018	ANGIE PAOLA VELASQUEZ TINJACA	1000580027	893106-8	1	Control de ortodoncia	$ 49.000		$ 34.300	
							TOTALES	**$ 1.506.300**	**$ 0**	**$ 1.054.410**	
							TOTAL A PAGAR POR LABORATORIO		**$ -**	**$ 0**	
							TOTAL PORCENTAJE A PAGAR			**$ 1.054.410**	
							TOTAL A PAGAR ESPECIALISTA		**$**	**1.054.410**	

ok María C

aportes 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 28307457		MORENO BOHORQUEZ CILIA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 101 BIS 20 21 BR CHICO NORTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7521039	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-03	2018-03	93160959	8477367469	I	2018/03/14	2018/03/14	BANCO DE OCCIDENTE	0	$2,401,800

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)					$8,000,000	$1,360,000			$8,000,000	$1,000,000			$0	$0			$8,000,000	$41,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$8,000,000	$1,360,000			$8,000,000	$1,000,000			$0	$0			$8,000,000	$41,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$8,000,000	$1,360,000			$8,000,000	$1,000,000			$0	$0			$8,000,000	$41,800		$0	$0
1	CC 28307457	MORENO CILIA	25-14	30	$8,000,000	$1,360,000	EPS001	30	$8,000,000	$1,000,000		0	$0	$0	14-28	30	$8,000,000	$41,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$8,000,000	$1,360,000			$8,000,000	$1,000,000			$0	$0			$8,000,000	$41,800		$0	$0

PAGADO

2018/03/14 09:38 AM

aportes 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 28307457		MORENO BOHORQUEZ CILIA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 101 BIS 20 21 BR CHICO NORTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7521039	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-03	2018-03	93160959	8477367469	I	2018/03/14	2018/03/14	BANCO DE OCCIDENTE	0	$2,401,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,360,000	$0	$0	$1,360,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,360,000	$0	$0	$1,360,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$41,800	$0	$0	$41,800
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$41,800	$0	$0	$41,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,000,000	$0	$0	$1,000,000
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$1,000,000	$0	$0	$1,000,000
TOTAL				**1**	**$2,401,800**	**$0**	**$0**	**$2,401,800**

PAGADO

2018/03/14 09:38 AM