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			3				
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	4	2018		30	4	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$828.240										
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	$3.070.970
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$828.240
VALOR A LIBERAR	
SALDO POR EJECUTAR	$4.429.030
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	41%

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
8478417817	$781.242	$97.655	$124.999	$3	$19.031	**$241.685**

Dado en Bogotá MAYO 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

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	4	2.018		30	4	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
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 clinica 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 diligenció 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: $828.240

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
1184315	05/04/2018	05/04/2018	ANDRES SEBASTIAN ALVARES GOMEZ	1000286098	893106-14	1	reparacion bracket	$ 14.800		$ 10.360
1184303	05/04/2018	05/04/2018	LEIDY JULIANA VARGAS BOJACA	1016092014	893106-8	1	Control ortodoncia	$ 49.000		$ 34.300
1186430	05/04/2018	05/04/2018	JHON ALEXANDER VERA NIÑO	1016104544	893106-13	1	Control ortodoncia	$ 55.000		$ 38.500
1186271	05/04/2018	05/04/2018	HEIDY JULIANA BEJARANO RAMIREZ	1014294817	893106-5	1	Control ortodoncia	$ 45.000		$ 31.500
1184211	05/04/2018	05/04/2018	IVAN MANCIPE ZABALA	1000520445	893106-9	1	Control ortodoncia	$ 39.000		$ 27.300
1185550	05/04/2018	05/04/2018	DANIEL SANTIAGO ORTEGA ROMERO	1000328343	893106-8 89310-38	2	Control ortodoncia- reparacion bracket	$ 63.800		$ 44.660
1184115	05/04/2018	05/04/2018	ANDERSON AVELLA AVILA	80162900	893106-13	1	Control ortodoncia	$ 55.000		$ 38.500
1184606	05/04/2018	05/04/2018	SANTIAGO ADOLFO PAMPLONA PAMPLONA	71781876	893106-9	1	Control ortodoncia	$ 39.000		$ 27.300
1223548	12/04/2018	12/04/2018	XIMENA RODRIGUEZ LANCHEROS	1056954005	893106-8	1	Control ortodoncia	$ 49.000		$ 34.300
1221540	12/04/2018	12/04/2018	MICHAEL STID CANEDO CORTES	1000517155	893106-5	1	Control ortodoncia	$ 45.000		$ 31.500
1221572	12/04/2018	12/04/2018	NICOLAS DAVID LOZANO	1000330638	893106-7	1	Control ortodoncia	$ 65.000		$ 45.500
1221698	12/04/2018	12/04/2018	NATALY SANCHEZ SERRATO	1016092768	893106-8	1	Control ortodoncia	$ 49.000		$ 34.300
1221775	12/04/2018	12/04/2018	KEVIN DANIEL GONZALEZ SERRATO	1000325271	893106-9	1	Control de ortodoncia	$ 39.000		$ 27.300
1223854	12/04/2018	12/04/2018	MARIA JOSE HINCAPIE NUÑEZ	1109380480	893106-14	1	Control ortodoncia	$ 43.000		$ 30.100
1223315	12/04/2018	12/04/2018	SANDRA PATRICIA GARZON	52319392	893106-8	1	Control ortodoncia	$ 49.000		$ 34.300
1224558	12/04/2018	12/04/2018	ANGIE PAOLA ALDANA ZAMUDIO	1016110792	893106-8	1	Control ortodoncia	$ 49.000		$ 34.300
1224678	12/04/2018	12/04/2018	CAROLINA ROZO ANISARE	1016017481	893106-37	1	Control ortodoncia	$ 39.000		$ 27.300
1225104	12/04/2018	12/04/2018	CATALINA CORTES TRIANA	1000328485	89310-14	1	Control ortodoncia	$ 43.000		$ 30.100
1300285	26/04/2018	26/04/2018	TATIANA KATERINE PARRA VARGAS	1010238572	893106-9	1	Control ortodoncia	$ 39.000		$ 27.300
1301797	26/04/2018	26/04/2018	MARIA CAMILA MONTAÑA ARTUNDUAGA	1010015034	893106-14	1	Control ortodoncia	$ 43.000		$ 30.100
1303014	26/04/2018	26/04/2018	YURY ALEJANDRA ACOSTA PAEZ	1016018462	893106-13 893106-38	2	Control ortodoncia reparacion bracket	$ 69.800		$ 48.860
1303821	26/04/2018	26/04/2018	CARLOS ENRIQUE CHAVEZ CORTES	1016086899	893106-9 893106-9	2	Control ortodoncia reparacion bracket	$ 53.800		$ 37.660
1303579	26/04/2018	26/04/2018	MARIA DE LAS MERCEDES CORTES	35331309	893106-8	1	Control ortodoncia	$ 49.000		$ 34.300
1303677	26/04/2018	26/04/2018	GILMA ESPERANZA GOMEZ VERGARA	52755253	893106-8	1	reparacion bracket	$ 49.000		$ 34.300
1303975	26/04/2018	26/04/2018	ANGI PAOLA VELASQUEZ TINJACA	10005800027	893106-8	1	Control ortodoncia	$ 49.000		$ 34.300
						TOTALES		**$ 1.183.200**	**$ 0**	**$ 828.240**
						TOTAL A PAGAR POR LABORATORIO			**$ -**	**$ 0**
						TOTAL PORCENTAJE A PAGAR				**$ 828.240**
						TOTAL A PAGAR ESPECIALISTA			**$**	**828.240**

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
2018-04	2018-04	20491304	8478417817	I	2018/04/13	2018/04/13	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

2018/04/13 04:20 PM

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
2018-04	2018-04	20491304	8478417817	I	2018/04/13	2018/04/13	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

2018/04/13 04:20 PM